

Contribution à l'Etude Clinique du Cancer Pleuro-Pulmonaire

Essai de classification clinique et radiologique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 31 Octobre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand POUYET

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de St-Etienne

Diplômé de Bactériologie de l'Université de Lyon

Né le 13 Mars 1903 à CETTE (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DU CANCER PLEURO-PULMONAIRE

Essai de classification clinique et radiologique

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 2

Contribution à l'Etude Clinique du Cancer Pleuro-Pulmonaire

Essai de classification clinique et radiologique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 31 Octobre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand POUYET

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de St-Etienne

Diplômé de Bactériologie de l'Université de Lyon

Né le 13 Mars 1903 à CETTE (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	MM. PIC.
Cliniques médicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ARLOING (F.).
Pharmacie	Etienne MARTIN.
	COURMONT (P.).
	SAUVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SAVY, président ; CORDIER, assesseur

ROUBIER et DUMAS, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois ce que je suis : leur labeur incessant et leur amour inépuisable m'ont ouvert des horizons magnifiques. Qu'ils veuillent trouver ici l'assurance de ma reconnaissance infinie et de ma grande tendresse filiale.

A MA FEMME CLAUDE

Elle a accepté d'unir sa vie à la mienne : je lui offre ce modeste travail en témoignage de mon profond amour.

A MA SŒUR SUZANNE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIMAIS ET QUI NE SONT PLUS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

*Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAÎTRE, LE DOCTEUR CROIZIER

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a permis de le mener à bien.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE
(Internat : 1925, 1926, 1927)

MM. LES DOCTEURS :

ARNAUD, *Chirurgien des Hôpitaux ;*

CROIZIER, *Médecin des Hôpitaux ;*

DUJOL, *Accoucheur des Hôpitaux ;*

NORDMAN, *Médecin des Hôpitaux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBALLEN
Médecin-Directeur du Sanatorium de la Guiche
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Qui nous apprit à ausculter et nous
donna le goût de la phtisiologie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DU CANCER PLEURO-PULMONAIRE

Essai de classification clinique et radiologique

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, à l'occasion de notre thèse inaugurale, de remercier nos Maîtres stéphanois. Nous leur devons toute notre instruction pratique médico-chirurgicale. Leur enseignement clinique nous a été très précieux.

Notre reconnaissance va tout d'abord à notre Maître, le Docteur Croizier, médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne. Pendant le semestre passé dans son service, nous avons pu apprécier son enseignement clair et précis au lit du malade, son inlassable dévouement, sa grande bonté. Il n'a cessé de nous prodiguer des marques d'affectueux intérêt, en nous permettant de nous instruire chaque jour à ses côtés, en nous faisant profiter de son expérience médicale et en contribuant à la rédaction de ce travail. Le souvenir de ce Maître, à qui nous devons toutes nos connaissances en pathologie respiratoire, nous sera toujours très doux et très cher. Nous l'assurons à nouveau de notre infinie gratitude.

Nous tenons également à remercier M. le Docteur Arnaud, chirurgien des Hôpitaux, chez qui nous avons passé une année d'internat. Ce Maître écouté nous a beaucoup enseigné et n'a cessé de nous témoigner son affectueuse sympathie. Nous lui en savons infiniment gré.

Nos remerciements vont également à M. le Docteur Nordman, médecin des Hôpitaux, pour le semestre plein d'enseignements passé chez lui; à M. le Docteur Devum, chef des Laboratoires de l'Hôpital Bellevue, pour les conseils éclairés qu'il nous a inlassablement prodigués pour notre thèse et pour le travail qu'il s'est imposé à cause d'elle.

Nous remercions également M. le Docteur Bérard, médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu nous faire bénéficier de quelques observations, fruits de son expérience personnelle.

INTRODUCTION

La fréquence actuellement constatée du cancer du poumon en fait une question à l'ordre du jour : il est d'autant mieux connu que l'étude plus poussée des affections de l'appareil respiratoire en rend le diagnostic plus facilement possible. Cependant, son aspect clinique est si divers que ce diagnostic même est loin d'être toujours aisé, et ce sont ces constatations — sa fréquence, ses difficultés de diagnostic, sa variété de symptomatologie — qui nous ont engagés à écrire ce travail.

La présente étude est donc, avant tout, une étude clinique : à ce point de vue, nous ne nous dissimulons pas combien la question qu'elle embrasse est immense et nous ne pouvons envisager la possibilité de la traiter à fond dans ces quelques pages. Notre intention a été bien plus modeste et nous avons seulement voulu, à l'occasion des observations qu'il nous a été possible de recueillir, insister sur certaines modalités d'aspect sur certaines difficultés de diagnostic. A cet effet, nous avons essayé de dégager de l'ensemble des faits que nous apportons quelques groupes un peu schématiques auxquels un praticien pourra recourir pour situer plus aisément dans des

cadres commodes les faits cliniques recueillis dans la pratique de chaque jour.

La plupart des travaux publiés sur le cancer du poumon, si nombreux ces temps derniers, ont généralement visé des points de détail et ont contribué à apporter à son étude clinique ou histologique une série de faits précis. Le nôtre a été conçu dans un tout autre esprit, envisageant la question à un point de vue plus général, et, au premier abord, il pourra paraître grouper des faits bien disparates : y a-t-il, en effet, un point de comparaison entre le cancer primitif ou la tumeur massive du poumon et ces généralisations secondaires faites d'une infinité de noyaux multiples dont l'organe est comme farci ; peut-on même comprendre dans une même étude les tumeurs pulmonaires proprement dites et ces néoplasmes médiastino-pulmonaires si fréquents qui ne sont des néoplasmes du poumon que d'une manière secondaire et pourrait-on dire presque accessoire ? Et cependant, les observations que nous apportons renferment des uns et des autres. Si nous avons cru devoir les réunir, c'est que, dans un cas comme dans l'autre, en effet, il y a eu évolution de néoplasme dans le tissu pulmonaire même, il y a eu, et c'est là que nous voulons insister, *apparition de symptômes cliniques d'une pneumopathie* ; il y a donc eu un diagnostic à poser de sa cause, de sa nature, et le problème clinique à résoudre restait entier quel que soit le type particulier auquel appartenait l'évolution du néoplasme : son caractère d'être par exemple primitif ou secondaire, si essentiel as-

surément au point de vue absolu, demeure d'une importance plus relative pour le clinicien, en dehors des cas assez rares où la constatation antérieure d'une tumeur viscérale peut fixer à *priori* les idées sur la nature de la maladie constatée. Le diagnostic qui se discute et se pose en clinique peut donc assez rarement remonter plus haut que la simple reconnaissance de l'existence du cancer; aussi bien a-t-il déjà quelque mérite, et se suffit-il à lui-même dans la généralité des cas, tout incomplet qu'il soit au fond.

C'est assez montrer, par ces quelques lignes, l'esprit avec lequel nous avons voulu aborder la question du cancer pulmonaire et ceci aidera à comprendre les raisons qui nous ont fait réunir dans nos observations des faits fort éloignés au fond les uns des autres. Aussi bien et en raison même de l'étendue que prend dans ces conditions une pareille étude, la contribution que nous y apportons n'a-t-elle pas la prétention d'être absolument complète ni de fixer d'une manière décisive et irrévocable les cadres que nous avons tracé de ses modalités d'évolution. En tous les cas, la simple lecture de nos observations cliniques permet, en raison de leur variété même, de jeter une vue d'ensemble particulièrement suggestive sur les conditions dans lesquelles se sont présentés nos malades, et peuvent elles-mêmes servir à aider dans des cas analogues au diagnostic d'une affection à laquelle il convient de songer de plus en plus.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous voulons dire quelques mots sur l'étiologie du cancer du poumon. L'anatomopathologie ne nous retiendra pas : notre travail se bornant à l'étude clinique de cette affection. Le lecteur trouvera dans les traités classiques de Letulle, de Ménétrier et de Masson, dans le travail de Durand (Archives médico-chirurgicales), la thèse de Ballet, et l'article de MM. Lœper et Turpin, la synthèse de toutes nos connaissances histopathologiques actuelles.

Le cancer du poumon peut se voir à tout âge; les sujets jeunes n'en sont pas indemnes. Exceptionnellement, on a pu l'observer chez l'enfant; habituellement, il apparaît entre 40 et 60 ans. Le sexe masculin paraît plus souvent touché. Les inflammations antérieures jouent un rôle indiscutable. La tuberculose peut préparer le lit du cancer (Friedlander, can-

cer développé sur les parois d'une caverne tuberculeuse). Letulle insiste beaucoup sur le rôle de la syphilis en tant que pneumopathie préparante : cet auteur l'a relevée 6 fois sur 11 cas de cancer et deux fois seulement la tuberculose. Ménétrier avait déjà montré l'aptitude à la cancérisation des épithéliums modifiés par une altération chronique (scléroses pulmonaires).

L'irritation chronique (tabac, poussières, charbon) a été également invoquée par certains auteurs pour expliquer la fréquence actuelle du cancer du poumon. Il faut avouer que ce ne sont là que des hypothèses sans fondement.

Cependant, les cancers primitifs du poumon sont une localisation assez rare du processus cancéreux. Les statistiques hospitalières de Fuchs à Munich, de Rheinardt et Wolf à Dresde, celles de Ménétrier donnent un total de 59 cancers primitifs du poumon pour 14.923 autopsies (Henri Durand). Cet auteur, sur une statistique de 250 autopsies, rapporte deux cas de néoplasmes primitifs. Letulle accuse 11 cas primitifs sur 2.560 autopsies. Nous en rapportons 4 cas authentiques sur 33 observations : 3 autres cas sont des néoplasmes à point de départ indéterminé ; 10 autres sont des cancers secondaires (17 contrôles anatomiques et histologiques sur 33 cas rapportés).

En résumé, la fréquence du cancer primitif du poumon est actuellement plus grande et plus accusée qu'autrefois, ainsi qu'en témoignent les statistiques américaines et allemandes et les nombreuses observations françaises publiées depuis ces 10 dernières années.

CHAPITRE II

Symptomatologie générale et diagnostic positif

Tous les cliniciens sont d'accord pour admettre que le diagnostic de cancer primitif du poumon est difficile et mal aisé. Nombreux sont les cas où le néoplasme ne fut qu'une trouvaille d'autopsie. Son évolution peut, en effet, être absolument latente et ne se traduire par aucune manifestation clinique (cas de Walshe).

Il arrive parfois que, les pièces en mains, on ne puissent formuler que des présomptions: l'histologie seule peut permettre le diagnostic de la nature de la lésion constatée ainsi qu'en témoignent deux de nos observations (Obs. VI et XX).

Cliniquement, le cancer du poumon se présente avec les apparences d'une pneumopathie chronique et progressive pouvant revêtir des aspects variés. Les signes cliniques en sont multiples; affection protéiforme par excellence, le cancer du poumon peut simuler toutes les maladies de l'appareil respiratoire.

Son début habituellement insidieux, progressif, peut dans certains cas revêtir une apparence aiguë. Lorsqu'il est insidieux, c'est tantôt par les troubles fonctionnels, tantôt par une altération progressive de l'état général, que le cancer du poumon attire l'attention du malade. La confusion avec la tuberculose surtout, lorsque dominant les symptômes fonctionnels et généraux, est, on le devine, extrême et facile. Au contraire, lorsque le début est apparemment brusque, son diagnostic est le plus souvent méconnu. Dieulafoy écrit cependant, dans son traité de pathologie médicale, « la marche aiguë n'est pas rare dans le cancer du poumon; un individu, au milieu d'une bonne santé, est pris d'accidents qu'on mettrait volontiers sur le compte d'une phtisie aiguë; il meurt en quelques semaines et l'on trouve à l'autopsie un cancer pulmonaire ». Mlle Cottin, MM. Cramer et Saloz le signalent dans trois de leurs observations où la brutalité des phénomènes initiaux fit porter le diagnostic de pneumonie, de bronchopneumonie et de pleurésie purulente. Dans ses cliniques médicales, F. Ramond rapporte l'observation d'une femme de 70 ans, entrée à l'hôpital pour des accès de dyspnée intense accompagnée d'expectoration sanguinolente, symptômes qui firent porter le diagnostic d'œdème aigu du poumon et mettre en jeu la thérapeutique habituelle. L'anamnèse et le toucher vaginal qu'elle rendit nécessaire permirent le lendemain de redresser le diagnostic en montrant qu'il s'agissait d'une généralisation secondaire d'un néoplasme utérin sous forme de carcinose miliaire aiguë. Nous rap-

portons deux observation VI et VII, qui pouvaient, par la soudaineté des phénomènes de début, faire écarter le diagnostic de néoplasie pulmonaire. La malade de l'observation VI se présentait en proie à des accès de dyspnée intense allant jusqu'à l'orthopnée, que nous vîmes naître sous nos yeux et que la présence d'épanchements bilatéraux, ponctionnés dès qu'ils furent reconnus et à plusieurs reprises, ne parvenait pas à justifier. La constatation d'œdèmes de la racine des membres inférieurs complétait ce tableau d'une pseudo-asystolie aiguë, rapidement irréductible. La mort survint 8 jours après dans le service. Les deux cas de pleurésies purulentes que nous rapportons ne contribuaient pas moins à égarer le diagnostic. Le malade de l'observation VII mourut 15 jours après l'apparition des phénomènes pulmonaires et quand nous le vîmes, 3 jours avant l'exitus, il était anhélant, cyanosé, asphyxique. L. Ribadeau-Dumas, dans son article du nouveau traité de médecine, écrit au chapitre du cancer secondaire du poumon: « d'autres fois, au contraire, les phénomènes qui indiquent la participation pulmonaire sont bruyants et dramatiques. Celle-ci accélère la marche de la maladie vers la mort et se manifeste généralement par des symptômes de suffocation qui aboutissent à une asphyxie rapide. On a alors le tableau de la forme aiguë du cancer qui, ainsi que l'avaient montré d'anciennes observations dues à Bucquoy, Duguet, Jaccoud, Hérard et Cornil, rappelle tout à fait la tuberculose pulmonaire aiguë à forme suffocante. La mort survient dans un laps de

temps très court, un mois ou même 15 jours, comme dans un cas de Ménétrier ».

En résumé, le début aigu peut se voir, il paraît cependant être surtout le fait des cancers secondaires du poumon sous la forme de carcinose miliaire (thèse de Fargues) (Cas de Lœpper et Turpin). Il faut, cependant, entendre par début aigu, d'après nous, soit apparition brutale, soudaine, au cours d'une pneumopathie chronique de nature indéterminée (néoplasme méconnu), de symptômes fonctionnels tels que dyspnée, hémoptysies, pseudo-vomiques attirant l'attention du clinicien sur son malade et simulant, par l'existence d'un épisode nouveau, un début aigu de l'affection; soit de phénomènes pulmonaires vraiment aigus survenant en pleine santé, apparemment du moins, pouvant aller même jusqu'à causer la mort en quelques jours et, exceptionnellement, de façon subite (observations de Hérard et Cornil, Darolles, Angeloff, Renault, citées dans la thèse de Ballet).

Mais le cancer était-il vraiment aigu dans ces observations? nous ne le pensons pas et nous croyons qu'il s'agissait plutôt de cancre latent, ignoré, évoluant sans symptomatologie bien définie et se révélant brusquement par des phénomènes nouveaux et aigus traduisant l'infection ou l'œdème du poumon (cas de Renault), d'autres fois enfin, généralisation pleuro-pulmonaire d'un cancer méconnu (observation VI), d'un organe quelconque (utérus, ovaire, corps thyroïde, prostate, testicule) et paraissant ainsi avoir un début aigu.

Nous avons insisté un peu longuement peut-être sur le début aigu du cancer du poumon, mais cette physionomie, pour le moins originale, de cette affection nous a paru digne d'attention, car les notions de torpidité et chronicité sont le propre du cancer en général et pour beaucoup de cliniciens un gros élément de diagnostic différentiel et positif en matière de néoplasme pulmonaire. Ces considérations terminées, nous allons entrer dans l'étude méthodique de la symptomatologie générale du cancer pulmonaire.

1° Symptômes fonctionnels

Jaccoud attachait une grande importance à un **trépied** symptomatique constitué par la toux, la dyspnée et la douleur. Ces différents symptômes peuvent, au début, faire défaut ou être à peine esquissés, cédant le pas aux troubles de l'état général. Toutes les associations symptomatiques fonctionnelles sont possibles. Cependant, ces symptômes se réunissent habituellement au cours de l'évolution néoplasique et donnent sur la fin la note dominante.

Les symptômes fonctionnels habituels sont : la toux, l'expectoration, les hémoptysies, la dyspnée, la douleur.

La toux. — Elle est très variable, le plus souvent banale. Elle peut manquer ou bien, au contraire, être le premier symptôme qui amène le malade à consulter. D'intensité variable, elle peut être légère, moyen-

ne ou très accusée. Dans l'observation XI, le malade présentait des quintes très intenses, répétées, qui marquèrent le début de son affection. Elle peut être en rapport également avec l'épanchement concomitant, comme la malade de l'observation VI, qui présentait une toux sèche, quinteuse, peut-être d'origine pleurale. Béhier, dans sa leçon clinique, rapporte un cas de toux coqueluchoïde. La toux de compression (toux aboyante de Garrel) peut également faire partie du tableau symptomatique constaté (observation XXXII).

Dans le cancer médiastino-pleuro-pulmonaire de Barjon, on assiste à une progression croissante de l'intensité de la toux qui, de légère dans la phase médiastinale, devient plus fréquente et quinteuse quand la plèvre est intéressée, pour devenir très pénible dans la troisième phase de l'envahissement néoplasique.

En résumé, abstraction faite de la toux de compression, ce symptôme, le plus souvent le premier en date, n'offre rien de particulier ni de spécifique. Il n'a de valeur que réuni aux autres signes fonctionnels.

L'EXPECTORATION. — Nulle ou très abondante (pseudo-vomique), elle ne fournit, en général, aucun renseignement permettant d'apprécier la nature de la lésion en cause. Ces caractères sont multiples : *son aspect* peut être simplement gommeux, muqueux, muco-purulent; *son intensité* est variable, de quelques crachats par 24 heures ou 48 heures, elle peut, dans quelques cas rares, atteindre une importance

telle qu'on puisse parler de pseudo-vomique (observations IV et V). On comprend alors l'hésitation clinique et la difficulté du diagnostic entre le cancer pulmonaire et la bronchiectasie si l'évolution est chronique, et la vomique par pleurésie purulente enkystée ou de la grande cavité si les phénomènes pulmonaires sont récents et d'allure aiguë; *sans odeur*, le plus souvent, elle peut devenir fétide par phénomènes infectieux secondaires, quelquefois mais exceptionnellement, gangréneuse (deux observations de Mlle Cottin et de MM. Cramer et Saloz).

Classiquement, on décrit comme propre au cancer et presque pathognomonique de ce dernier, l'expectoration « gelée de groseille ». Marshall Hugues, puis Stokes ont décrit les premiers cette expectoration et en ont bien fixé les caractères. « Ces crachats, écrit Stokes, n'ont pas la viscosité ni l'adhérence des crachats de la pneumonie et ressemblent, par la couleur et la consistance, à une gelée de groseille noire ». Est-elle fréquente ? La plupart des anciens auteurs (Jaccoud, Darolles) la considère comme exceptionnelle. Nous ne l'avons, pour notre part, jamais rencontrée. Paesler la considère comme appartenant plutôt au cancer secondaire. Mignot écrit, dans les archives des maladies médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, « que cette expectoration peut se rencontrer dans d'autres affections comme l'apoplexie pulmonaire, la broncheectasie ou même la tuberculose ».

Plus importants nous paraissent les cas où des fragments de tumeur ont été rejetés avec une expecto-

toration banale ou au cours d'une hémoptysie. On pourrait y voir à l'œil nu des fragments tumoraux rappelant le vermicelle cuit ou des petits morceaux de viande de veau (thèse de Ballet). Le cas de Lancereaux, qui porta le diagnostic de cancer mélanique chez un homme considéré comme tuberculeux et qui expectora un jour des corpuscules noirâtres analogues à du tabac à priser est classique et dans la mémoire de tous. Le même auteur rapporte une observation où le rejet d'un fragment de tumeur semblable à de la cervelle lui imposa un diagnostic qu'il n'avait pas envisager. Ménétrier, Troisier ont rapporté des observations analogues. Le malade de l'observation XI fit lui-même sa biopsie. On n'omettra pas cependant de faire rechercher les éléments propres à la vomique vraie ou fractionnée d'un kyste hydatique (débris de membrane du kyste, scolex, crochets).

Cependant, la constatation d'une expectoration sanglante est fréquente dans la symptomatologie fonctionnelle du cancer du poulmon. Depuis la présence de quelques filets dans les crachats jusqu'au rejet de sang pur tous les intermédiaires sont possibles et cet aspect particulier de l'expectoration nous amène à parler des hémoptysies.

LES HÉMOPTYSIES. — « Tous les cancers saignent; il en est de même du cancer du poulmon », écrit F. Ramond. En effet, nous la retrouvons relatée treize fois dans nos observations. Neuf fois, elle a marqué le début clinique de l'affection; une fois (observation XV) elle a été suffisamment abondante pour entraî-

ner la mort. Il est difficile de lui donner des caractères précis. Elle peut rappeler surtout les hémoptysies de la tuberculose. L'hémorragie pulmonaire peut se traduire par un crachat strié de sang, ou par une hémoptysie franche analogue à l'hémoptysie tuberculeuse, ou par une expectoration visqueuse, noirâtre, rappelant les crachats hémoptoïques de l'infarctus du poumon (F. Ramond), le diagnostic se pose alors avec toutes les pneumopathies susceptibles de s'accompagner d'hémoptysies au cours de leur évolution.

LA DYSPNÉE. — Graves insistait beaucoup sur l'intensité de la dyspnée des cancéreux pulmonaires. Elle constitue un symptôme des plus constants et souvent prédominant. Elle peut aller depuis la simple oppression à l'effort jusqu'à l'orthopnée, simulant toutes les affections. Certains malades accusent de l'essoufflement après une course, une montée rapide, comme dans la dyspnée cardiaque; elle s'exagère parfois la nuit, donnant le tableau de la crise d'asthme. Le plus souvent, il s'agit d'une dyspnée continue et progressive. Elle est liée soit à un épanchement pleural symptomatique et les ponctions évacuatrices, répétées, n'apportent qu'un soulagement infime aux malades, soit aux lésions pulmonaires (cancer massif ou carcinose miliaire) ou pleurales (pachypleurite cancéreuse massive), soit encore à des compressions médiastinales (forme de Barjon), responsables des accès de dyspnée paroxystique par compression nerveuse, qu'on observe parfois chez ces malades.

La dyspnée peut être également le premier symptôme clinique constaté. Elle est constante dans les néoplasmes « à début aigu », où elle ouvre la scène symptomatique. Le substratum physio-pathologique est représenté par les poussées d'œdème et de congestion qui se produisent autour des noyaux néoplasiques « dans les territoires vasculaires, écrivent MM. Læpper et Turpin, dont les éléments néoplasiques troublaient de plus en plus la perméabilité, une certaine limite de tolérance étant peut-être dépassée, les phénomènes vaso-moteurs actifs déclanchèrent les poussées de congestion œdémateuse, peut-être une irritation locale issue des endothéliums capillaires, un déséquilibre tensionnel entre les artériolles tributaires du cœur droit et les vénules du cœur gauche intervinrent-ils à l'origine des troubles vaso-moteurs que nous indiquons. »

La dyspnée peut s'accompagner également de tirage sus-sternal et sus-claviculaire, de cornage avec cyanose de la face et des extrémités. Elle relève dans ce cas de compression trachéale et son diagnostic avec les dyspnées laryngées peut être difficile. De Valcourt rapporte un cas semblable où la compression était telle que, croyant à un obstacle laryngé, on fit une trachéotomie.

LA DOULEUR. — Elle marque parfois, sous forme d'un point de côté tenace et rebelle, le début d'un cancer du poumon. Le plus souvent, constante dans les manifestations cliniques initiales, pour peu qu'on veuille la rechercher, elle ne manque presque jamais

si l'évolution néoplasique se prolonge. Lorsqu'elle fait partie du cortège symptomatique du début, elle se traduit cliniquement sous forme de point de côté, de topographie, variant avec le siège du néoplasme, de névralgies intercostales ou brachiales, de sensations sourdes, profondes, rétro-sternales ou dorsales, de crises pseudo-angineuses siégeant dans la région précordiale et traduisant alors la souffrance du plexus cardiaque.

Elle s'irradie suivant les cas vers la colonne vertébrale, la nuque, les lombes, l'omoplate et le bras. Ces douleurs se transforment à mesure que le cancer progresse et deviennent alors assez caractéristiques. Les malades, torturés nuit et jour par une douleur térébrante, atroce, non calmée par la thérapeutique la plus énergique, en proie à l'insomnie, ne tardent pas à succomber au progrès de la cachexie.

2° Symptômes généraux

Laënnec avait déjà remarqué que « les encéphaloïdes du poumon peuvent exister pendant longtemps sans produire un amaigrissement notable ». Cependant, les malades maigrissent le plus souvent. Ils accusent des chutes de poids variant de 5 à 20 kilos. D'après nos observations, on voit que toujours les troubles de l'état général sont apparus plus ou moins précocement.

Le teint jaune paille est l'exception. L'anémie peut se voir, mais elle paraît surtout en rapport avec les hémoptysies, fréquentes dans le cancer du poumon.

La fièvre peut être absente. Habituellement, ces malades sont fébriles. La cause doit en être recherchée dans les infections secondaires qui accompagnent assez souvent les néoplasmes pulmonaires, dans la nécrose de la tumeur avec les phénomènes de résorption qui en résultent, et aussi, mais exceptionnellement, dans une tuberculose pulmonaire concomittante. L'association des deux affections étant actuellement admise par beaucoup d'auteurs.

La courbe thermique n'offre rien de caractéristique. Elle peut être banale avec 38° ou 38°5 le soir, prendre divers types, présenter de grandes oscillations entre 37° et 40° à type hectique (comme dans le cancer du foie). On a même signalé une courbe à type ondulant, rappelant celle des mélitococcies (observation de Trabaud). On n'y observerait pas de type inverse comme dans la tuberculose.

De la lecture de ce qui précède, il résulte qu'aucun des signes fonctionnels et généraux pris isolément, n'est spécifique et caractéristique du cancer du poumon. Groupés en faisceaux, ils semblent cependant de nature à permettre d'envisager l'hypothèse de néoplasme pulmonaire.

3° Signes physiques

Ils peuvent être absents ou hors de proportion avec les symptômes fonctionnels. Dans l'observation XI, la radioscopie seule a permis le diagnostic.

Généralement, on constate à l'inspection soit de la rétraction, soit de la dilatation du thorax. L'hémi-thorax n'est parfois pas modifié dans sa forme mais présente de l'immobilité respiratoire liée parfois à un épanchement pleural surajouté, mais pouvant exister sans qu'il y ait pleurésie secondaire.

Signalons en passant comme exceptionnelle la saillie possible de la tumeur à l'extérieur (cas de Bayle et de Graves, observations XXIV et XXVIII, où la tumeur s'est généralisée au squelette thoracique).

La percussion et l'auscultation vont nous permettre de constater :

1° Des signes de condensation lobaire ou pulmonaire;

2° Des signes cavitaires ;

3° Des signes congestifs ou banaux.

LES SIGNES DE CONDENSATION LOBAIRE (supérieure ou inférieure ou de tout un poumon) se traduisent en premier lieu par de la *matité*. De toutes les affections pleuro-pulmonaires connues, il n'en est pas une qui puisse donner une pareille matité: c'est une matité absolue, *de bois*, avec perte de l'élasticité. Cette matité affecte un lobe ou tout un poumon tournant parfois dans l'aisselle. Elle est appréciable surtout et

comporte alors une grosse valeur séméiologique quand on la constate dans la fosse sous-claviculaire. Un épanchement pleural pur est insuffisant à la produire. L'induration extrême du parenchyme pulmonaire, transformé en un bloc dur, résistant, associée ou non à une pleurésie, peut seule la légitimer. Elle ne rétrocede jamais: la ponction évacuatrice ne la modifie pas. Quand le néoplasme est au début, on assiste à son extension progressive, et à sa transformation de submatité en matité de plus en plus prononcée.

Les vibrations vocale diminuées ou abolies pour les mêmes raisons, peuvent initialement, quand le néoplasme n'a pas pris une trop grosse extension, être exagérées du fait de la réaction parenchymateuse autour de la lésion.

L'auscultation fait entendre, dans la zone mate, de l'obscurité respiratoire plus ou moins marquée, pouvant aller jusqu'au silence respiratoire. On perçoit assez souvent, au sommet du poumon intéressé par la tumeur, un souffle bronchique transmis par un parenchyme densifié; d'autres fois, c'est un véritable souffle de compression bronchique (souffle interscapulo-vertébral de Guéneau de Mussy). Il peut même prédominer à l'expiration et simuler le souffle pleurétique. Dans le cas d'obstruction bronchique par la tumeur, l'auscultation fera percevoir du silence respiratoire absolu, mais que la sonorité conservée distinguera d'un épanchement ou d'une tumeur massive et la présence des vibrations vocales d'un pneumothorax total. Ces signes restent, le plus

souvent, unilatéraux. En outre, des signes cavitaires peuvent faire leur apparition.

LES SIGNES CAVITAIRES, fonction du ramollissement de la tumeur ou de sa tendance destructive, se traduisent par un souffle cavitaire ou tubo-creux accompagné de râles humides, de gargouillements. La compression d'une grosse bronche peut également donner naissance à des signes pseudo-cavitaires. Ces signes peuvent manquer, et la radioscopie révélera pourtant des images cavitaires indiscutables comme dans l'observation XXIV. Dans ce cas, il faut incriminer la topographie spéciale de la tumeur, trop profondément située dans le parenchyme pulmonaire pour être accessible à l'auscultation.

Enfin, le cancer du poumon ne peut manifester son existence que par des signes *congestifs*, consistants en râles de tous calibres, depuis les crépitants fins jusqu'aux râles sous-crépitanants à grosses bulles. Ils sont la traduction des réactions parenchymateuses de voisinage : crépitants traduisant l'œdème aigu du poumon, sous-crépitanants variés produits par la densification pulmonaire ou par un processus broncho-pneumonique surajouté. On peut percevoir également des râles de bronchite (ronchus et sibilances) associée ou préexistante à la lésion néoplasique.

Nous serions incomplets si nous ne signalions pas que la matité puisse être analogue à celle produite par un épanchement pur, lorsque la pleurésie cancéreuse comme dans l'observation VI, est le fait d'une carcinose miliaire aiguë, envahissant le parenchy-

me pulmonaire sans produire une induration marquée de ce dernier. Il serait alors inexact d'accorder à la matité la valeur séméiologique que nous lui donnons plus haut.

Tous ces signes physiques, le plus souvent très marqués, peuvent cependant n'être qu'esquissés. Consistants en signes de condensation légère, avec râles disséminés, ils sont hors de proportion avec le bloc densifié que la radioscopie permet de découvrir. Cependant, l'évolution se poursuivant, les signes décrits plus haut, font leur apparition avec l'intensité et les caractères énumérés au début de ce paragraphe.

« Il ne faut pas limiter l'investigation physique aux poumons, car, ailleurs, on constate souvent des signes d'une grande importance », déclare R. Mignot dans son article sur le cancer primitif du poumon. En effet, l'existence d'adénopathies cervicales et sus-claviculaires occupe, dans le diagnostic du cancer pulmonaire, une place importante.

Il s'agit d'un signe assez tardif et, le plus souvent, inconstant. Béhier, Jaccoud ont beaucoup insisté sur sa valeur diagnostique.

Pour Jaccoud, les ganglions sus-claviculaires n'ont de valeur que lorsque la tuberculose a été éliminée. Béhier, au contraire, insiste davantage sur ces adénopathies, en disant que les ganglions tuberculeux sont surtout sous-maxillaires. Cette façon de voir est un peu absolue. Les ganglions du cancer du poumon apparaissent habituellement du côté de la tumeur, derrière la clavicule puis dans l'angle interne du

creux sous-claviculaire. Ils sont petits, extrêmement durs, indolores, roulant sous les doigts. La confusion est possible avec des ganglions tuberculeux en rapport avec des lésions bacillaires du poumon. Dans le cas de tuberculose pulmonaire, ils sont bilatéraux. Le malade présente des signes sthéthoscopiques des deux sommets, une bacilloscopie positive, un terrain bacillaire. La forme médiastinale de la maladie de Hodgkin peut également les provoquer, mais l'hématologie donnera la clef du diagnostic. Si l'on soupçonnait une spécificité possible, un Wassermann et un essai prudent du traitement d'épreuve, pourraient aider à lever tous les doutes.

Enfin, l'adénite sus-claviculaire, depuis les travaux de Cornil et de Debove, surtout de Troisier et Belin, peut se voir au cours de l'évolution des cancers abdominaux, en particulier à gauche. L'aisselle peut être, parfois, comme dans le cas de Lebon, rapporté dans la thèse de Ballet, la première manifestation clinique. Dans cette observation, le cancer se traduisit avant tout autre signe par une masse ganglionnaire de la région cervicale. Leur présence peut contribuer à établir un diagnostic histologique. On a pratiqué l'exérèse chirurgicale de ces adénopathies et on les a examinées histologiquement. L'observation de Gallavardin, rapportée dans la thèse de Montégue, indique que le diagnostic de cancer du poumon peut être fait de cette manière. On pourra pratiquer cette recherche dans les cas douteux et, en particulier, lorsqu'il sera impossible de pratiquer un contrôle nécropsique.

L'examen doit porter enfin sur le squelette et sur celui de la cage thoracique en particulier. Ce dernier peut être le siège de métastases qui ont toutes les apparences de lésions tuberculeuses. La confusion est possible. Lorsque la nature de la lésion est cependant reconnue, chez un malade atteint d'une affection pleuro-pulmonaire chronique, le diagnostic de cancer s'impose cliniquement. On terminera par l'examen général qui permettra, dans certains cas, de découvrir des métastases viscérales.

La radioscopie, véritable inspection intra-thoracique, peut nous permettre également de confirmer ou d'établir un diagnostic, grâce à elle, le clinicien peut suivre les progrès de l'envahissement progressif du poumon par le cancer. « La collaboration de la clinique avec la radiologie est nécessaire, là, plus que partout ailleurs, » (Barjon).

4° Signes radiologiques

La radioscopie peut nous permettre la découverte d'un néoplasme méconnu cliniquement (observations XI et III). Elle n'a cependant rien d'absolu ni de définitif, car il n'existe pas d'images radiologiques pathognomoniques du cancer pleuro-pulmonaire. Les images radiologiques sont, en effet, très diverses, correspondant à des variétés de forme, d'évolution, de nature. De plus, si elles peuvent parfois attirer l'attention sur la possibilité d'un cancer du poumon,

elles sont, le plus souvent, d'une banalité parfaite. Nous citons ici, avant d'entrer dans la discussion clinique et radiologique du cancer pulmonaire, l'excellente et pratique classification du Docteur Barjon, proposée par cet auteur au Congrès International de Physiothérapie (Lyon, 1914).

- 1° Image lobaire.
- 2° Image pseudo-kystique.
- 3° Image broncho-pulmonaire diffuse.
- 4° Image nodulaire.
- 5° Image pleurale.

La densité, les limites, la forme de l'ombre radiologique peuvent être d'une interprétation délicate et d'une mutabilité extrême.

Au début d'une évolution cancéreuse pulmonaire, l'image aperçue peut avoir des contours assez flous, non caractéristiques, mais rapidement cette ombre progresse, s'étend « en tache d'huile » pour ne finir par former qu'un bloc dense, très noir, opaque à l'écran.

Dans la forme isolée par Barjon, la radioscopie permet, comme l'a bien montré cet auteur, de suivre les trois étapes de l'envahissement néoplasique :

Phase médiastinale pure, où l'on note « un élargissement de l'ombre médiane dont les bords sont comme déchiquetés et une extension des ombres du hile. Dans les positions obliques, le médiastin s'éclaire mal. On y trouve des ombres diffuses, disséminées dans sa portion moyenne et supérieure, mais aucune ombre à contour net pouvant faire penser à une tumeur; rien que des ombres floues d'une faible opacité telles que celles données par des ganglions ». A ce stade, s'il n'existe, bien entendu, aucune lésion de ces organes, l'om-

bre aortique et les champs pulmonaires sont normaux. Il s'agit, en somme, de médiastinite diffuse avec troubles de compression sans tumeur proprement dite. Le cancer à début hilaire donne plus nettement à la partie moyenne une masse opaque bordant le poumon dans cette région (Barjon, cité dans la thèse de Longy).

Il est évident que le diagnostic de ces deux formes quand le cancer est devenu médiastino-pleural ou deuxième phase du Barjon, est impossible radiologiquement. Dans cette deuxième étape :

En effet, on aperçoit à l'écran « l'ombre du hile devenue sensiblement plus large que l'autre. Cette ombre, en même temps qu'elle s'élargit, sallonge et s'étire en dehors. Puis, l'ombre du hile pousse une pointe dans l'interlobe, celui-ci ne tarde pas à être envahi d'un bord à l'autre de l'hémi-thorax qu'il sépare en deux étages distincts. Bientôt, le sinus costo-diaphragmatique du même côté s'efface progressivement et parallèlement diminue l'amplitude du diaphragme » (Barjon).

Le cancer progresse et nous arrivons à la dernière phase ou médiastino-pleuro-pulmonaire. A cette étape, les Rayons X montrent que :

« Les ombres du sinus du hile et de l'interlobe s'étendent cherchant à se rejoindre. Puis l'obscurité devient totale de haut en bas. Elle est d'abord diffuse, non homogène avec de faibles clartés qui persistent par place et s'effacent progressivement. L'image des côtes s'estompe et disparaît, les contours se fondent, l'opacité s'étend et se complète, le diaphragme s'immobilise tout à fait et demeure inerte. On a alors l'image classique d'un hémi-thorax noir de haut en bas » (Barjon).

Nous avons cru possible de réunir les images radiologiques aperçues en plusieurs groupes que nous désignons comme il suit :

- 1° Image de tumeur à contours plus ou moins arrondis.

2° Image lobaire limitée par les scissures.

3° Image massive.

4° Image cavitaire, avec ou sans niveau liquidien.

5° Images de la forme de Barjon.

6° Image nodulaire.

Dans le PREMIER GROUPE, l'image notée plus ou moins arrondie, est à contours francs et à bords irréguliers. L'opacité n'est pas absolument homogène, sa densité n'est pas la même dans toute la région opaque.

Sa topographie est variable soit hilare, soit lobaire (inférieure ou supérieure). L'évolution se fait « en tache d'huile » envahissant tout un lobe avec limitation nette par les scissures, soit tout le poumon, avec généralisation secondaire aux ganglions médiastinaux. Rolland insiste sur la fréquence de l'atteinte du hile par le cancer et sur la valeur diagnostique d'une telle topographie.

Dans le DEUXIÈME GROUPE, l'aspect observé est celui d'une condensation lobaire. L'image est celle d'une opacité intéressant la totalité ou une partie du lobe, dense, relativement homogène, limitée par une scissure. Le lobe supérieur serait plus fréquemment atteint, mais nous rapportons deux observations où le début s'est fait par le lobe inférieur.

Si la condensation s'étend à tout le poumon, elle réalise alors le TROISIÈME GROUPE. L'image radiologique est celle d'une obscurité totale massive plus ou moins homogène de tout un hémithorax : C'est la forme totale du cancer du poumon. Elle correspond

à la forme broncho-pulmonaire diffuse de Barjon. Nous la trouvons rapportée trois fois dans nos observations.

Elle traduit, le plus souvent, l'étape ultime d'un cancer pulmonaire quel qu'en ait été le point de départ. Cette image peut, du reste, être réalisée par l'association au cancer de lésions pulmonaires scléreuses, congestives ou de pachypleurite massive. Sa constatation ne permet pas toujours de conclure à l'envahissement total du poumon. Un épanchement symptomatique d'un néoplasme pulmonaire ou pleural peut également la produire.

De plus, la pachypleurite cancéreuse massive (thèse de Montégue) peut donner des images analogues : obscurité diffuse de tout un hémithorax. Le refoulement et l'abaissement des organes par le cancer est nul ou moins accusé que dans le cas d'épanchement liquidien pleural.

LE QUATRIÈME GROUPE est constitué « par les images cavitaires avec ou sans niveau liquidien ».

Ces images cavitaires ne se différencient radiologiquement en rien de celles qu'on peut rencontrer au cours des pneumopathies s'accompagnant de cavités intra-pulmonaires. Cependant, dans le cancer, le parenchyme pulmonaire est densifié autour de la spéléonque, ce qui se traduit par une image cavitaire encerclée d'une zone noire (image en cadre).

DANS LA DERNIÈRE FORME, « à noyaux multiples », le radiologue notera sur l'écran la présence de masses plus ou moins volumineuses, de contours arrondis, farcissant les parenchymes. Ces noyaux sont

symptomatiques du cancer secondaire du poumon.

Enfin, signalons qu'un épanchement bilatéral (observation VI) peut donner l'image classique, non modifiée d'une double pleurésie, avec courbe de Damoiseau nette.

5° Les signes histologiques

Lors de notre étude de l'expectoration, nous avons signalé la possibilité du rejet de fragments tumoraux et leur importance diagnostique, nous n'y reviendrons pas. Ces cas représentent l'exception. L'étude microscopique des crachats peut-elle nous permettre de découvrir l'élément spécifique : la cellule cancéreuse.

Cette recherche est infidèle dans ses résultats comme en témoignent quelques-unes de nos observations et la plupart de celles que nous avons relevées dans la littérature médicale.

La bacilloscopie offre un intérêt plus grand pour le diagnostic différentiel. La constatation de bacilles de Koch dans les crachats doit faire admettre l'existence de foyer tuberculeux, mais en présence de signes cliniques anormaux, peu coutumiers du processus tuberculeux, le clinicien n'omettra pas d'envisager la possibilité d'une association de ces deux affections (observations de Sukling, de Hildebrand, notre observation VIII attestent l'authenticité de cette dernière).

Enfin, pour Leenhardt, la présence de corpuscules graisseux dans les crachats serait pathognomonique et imposerait le diagnostic dans 90 % des cas (R. Mignot).

La biopsie, comme pour tout cancer, a été pratiquée par différents auteurs. Dans certains cas de cancers végétants broncho-pulmonaires, on a pratiqué une bronchoscopie et une biopsie consécutive (étape bronchoscopique et biopsique de Renon). Cet auteur, avec Guisez et d'autres, ont pu, grâce à cette méthode, affirmer le diagnostic de façon péremptoire. Nous ne l'avons jamais fait pratiquer. Une observation (XXXI) aurait pu nous en fournir un bel exemple.

La thoracotomie avec biopsie, ainsi qu'en témoignent les observations de Sabrazes et de Muratet, a été également employée.

Cette méthode n'est pas exempte de critiques.

Certains auteurs ont également conseillé le harponnage de la tumeur avec un gros trocart. Dans le cas où le diagnostic hésite entre un kyste hydatique et un cancer à forme pseudo-kystique, on peut aller au devant des pires déboires. La mort subite du malade peut en être la conséquence. Une observation d'Anverricht nous montre que cette opération peut entraîner des greffes cutanées secondaires, qui, si elles imposent le diagnostic, peuvent être une source d'ennuis pour le médecin. Cet auteur, en effet, pratiqua 7 ponctions exploratrices chez un malade présentant des signes pseudo-liquidiens et qui fit un nodule cutané sarcomateux à chaque point de ponction. R. Mignot rapporte une observation dans laquelle la

ponction exploratrice fut suivie d'un nodule sous-cutané, dont l'examen histologique permit d'affirmer le diagnostic. On peut également faire pratiquer l'examen histologique d'un ganglion sus-claviculaire ou axillaire extirpé chirurgicalement.

La matité étant le signe le plus constant et le plus caractéristique du cancer pleuro-pulmonaire, le médecin, pour confirmer ou éliminer un diagnostic de pleurésie et en préciser la nature, pratiquera une ponction exploratrice. Deux éventualités peuvent alors se produire : *la ponction est négative*, l'aiguille traverse une coque épaisse et s'enfonce dans un bloc dur, très résistant. *Elle est positive* (nous éliminons d'emblée les cas où le liquide louche ou purulent provient de cavités creusées dans la plèvre (pachypleurite cancéreuse avec géodes) ou dues à un ramollissement de la tumeur pulmonaire). Il n'y a pas d'épanchement concomittant, on commet une erreur d'interprétation.

On peut également ne retirer que quelques grammes de sang malgré des signes physiques très marqués (vaisseaux de néoformation de la tumeur), on fera toujours examiner ce sang par le laboratoire.

Cependant, l'aiguille ayant pénétré dans la cavité pleurale, on retire facilement du liquide séro-fibrineux, séro-hématique, sanglant, louche, purulent, exceptionnellement chyliforme. L'aspect macroscopique du liquide retiré ne doit pas faire préjuger de la lésion pleuro-pulmonaire. En effet, le cancer du poumon peut s'accompagner de tous les épanchements connus. Les conceptions cliniques ont bien

évolué depuis la leçon clinique de Trousseau, en 1872, sur les pleurésies cancéreuses hémorragiques. Moutard-Martin, puis Dieulafoy, mirent des restrictions à cette thèse un peu trop absolue. Mlle Kierer, son élève, conclut dans sa thèse à la fréquence égale entre l'épanchement séro-fibrineux et hémorragique dans les cancers pleuro-pulmonaires. D'après nos observations, l'épanchement séreux serait plus fréquent que la pleurésie hémorragique.

L'examen du liquide retiré peut être d'un précieux secours pour le diagnostic clinique ainsi qu'en témoignent 5 de nos observations.

René Mignot écrit : « Les cellules cancéreuses sont des cellules particulièrement anormales par leur taille et leur morphologie. Elles sont inégales de taille, plus grandes en général que des cellules endothéliales, leur protoplasme est creusé de vacuoles, leurs noyaux sont multiples et on y voit fréquemment des figures de karyokinèse souvent atypiques. La recherche du glycogène permettrait de différencier ces cellules néoplasiques des cellules endothéliales normales de la plèvre. »

A la description synthétique complète, mais sommaire de Mignot, on peut ajouter que, dans certaines pleurésies cancéreuses, l'histologie pourra trouver des aspects cytologiques démonstratifs *mais divers*.

Dans nos cas heureux, il existait toujours (à côté de lymphocytes, polynucléaires et cellules endothéliales, normaux, plus ou moins abondants et en proportions variables) des cellules anormales dont le type variait suivant les cas.

L'aspect cytologique dénommé « cellule physaliphore » (terme qui semble remonter à Virchow, qui l'appliquait d'ailleurs à une tumeur alors très mal connue : le Chordome), a été considéré comme caractérisant le cancer dans les épanchements des séreuses. Il faut rayer cette notion du chapitre histologique du cancer pleural. Cependant, la cellule physaliphore pourrait prendre une certaine valeur quand elle est prédominante, avec un tableau clinique rendant possible l'idée de cancer et permettant avec certitude d'éliminer une pleurésie mécanique ou inflammatoire. Elle existe, en effet, assez souvent dans ces pleurésies, mais associée alors à une desquamation pleurale abondante se traduisant sous forme de cellules endothéliales isolées et classiquement en placards.

Les autres renseignements tirés de l'examen du liquide ne sont d'aucune valeur. La formule cytologique n'a rien de spécifique.

L'hémolyse du liquide retiré, recherche conseillée par Bard, n'est pas propre aux seules pleurésies hémorragiques et peut se voir dans d'autres cas.

Notre cycle est terminé. Nous avons parcouru les différentes étapes, cliniques, radiologiques, cytologiques, et, chemin faisant, notre diagnostic s'est enrichi d'éléments nouveaux lui donnant toute sa vitalité et sa certitude

CHAPITRE III

Evolution, Complications et Incidents

Le développement du cancer pulmonaire va s'accompagner d'une aggravation de tous les signes fonctionnels et généraux constatés en même temps que nous pourrons suivre radiologiquement son extension progressive.

Cliniquement, les symptômes fonctionnels vont s'exacerber : la dyspnée va devenir incessante, la toux pénible et fréquente, les douleurs vont apparaître, intolérables, térébrantes, ne laissant aucun répit au malade, et rebelles à toute thérapeutique. L'état général va décliner rapidement, la température va s'allumer et le malade mourra dans une cachexie profonde. Quelques restrictions sont à faire cependant. Il existe des cas dans lesquels grâce à l'institution de la cure hygiéno-diététique des cancéreux authentiques accusent une reprise de poids. Le malade de l'observation X avait pris 6 kilos. Celui de

l'observation XI a repris du poids pendant un à deux ans, ce n'est que sur la fin que son état général a décliné et qu'il s'est acheminé vers la cachexie cancéreuse. On comprend alors combien l'hypothèse de cancer du poumon s'écarte de l'esprit même le plus prévenu; il nous semble, exception faite des cas où les troubles généraux furent la note dominante, que de tous les cancers, le néoplasme pulmonaire semble le plus compatible avec un état général satisfaisant pendant quelques temps.

Cette évolution inéluctable du cancer du poumon peut être entrecoupée d'incidents cliniques divers ou, au contraire, hâtée par des complications pleuro-pulmonaires, médiastinales et métastatiques.

A titre de complications, nous signalerons les pleurésies, les métastases viscérales, l'infection secondaire et les phénomènes congestifs en rapport avec le cancer.

La pleurésie accompagne fréquemment le cancer du poumon, nous la trouvons relatée 11 fois dans nos observations : 5 fois séro-fibrineuse, 3 fois hémorragique, 3 fois purulente. Une seule observation fait mention d'un épanchement bilatéral. Ce qui caractérise cette pleurésie, quel qu'en soit l'aspect macroscopique, *c'est le peu de soulagement* que procure la thoracentèse à ces malades, traduction d'une atteinte concomittante du parenchyme pulmonaire ou de lésions médiastinales plus complexes, et *la rapidité de reproduction* du liquide. Une pleurésie tuberculeuse peut également présenter cette deuxième caractéristique, mais elle n'est cependant jamais aussi accusée que dans le cancer. La malade de l'ob-

servation VI dut être ponctionnée 4 fois en quelques jours et l'amélioration procurée fut insignifiante. Dieulafoy cite le cas d'un malade qui subit 35 thoracentèses en 5 mois et à qui on retira 20 litres de liquide hémorragique. Dans une observation de Desnos, on retira, en 6 mois, chez une femme de 31 ans atteinte d'un cancer pleural, 40 litres de liquide en 30 thoracentèses. Ces observations sont assez suggestives sur la ténacité et la rapidité de reproduction de la pleurésie cancéreuse. Cette pleurésie peut cependant guérir. Le tarissement de l'épanchement a pu, grâce à des thoracentèses répétées, être obtenu. Dieulafoy en cite plusieurs observations. La malade de l'observation XXXIII présenta une pleurésie séro-hématique qui fut tarie à la suite de 4 thoracentèses évacuant deux litres de liquide. La thoracentèse avec insufflation de gaz concomittante (pneumo-séreux) permettra d'évacuer l'épanchement presque en totalité et d'étudier l'état du poumon sous-jacent.

Habituellement, elle intervient pour augmenter la dyspnée du malade par sa présence même et le refoulement du médiastin qu'elle est susceptible de provoquer.

La pleurésie purulente pose l'indication opératoire. La thoracotomie permet d'évacuer le pus, mais les malades ne retrouvent jamais la santé comme les pleurotomisés pour épanchement purulent métapneumonique. S'il se remettent de leur opération, ils le font moins rapidement et l'amélioration obtenue ne dure pas. Rapidement, les symptômes fonctionnels réapparaissent et les malades ne tardent pas

à succomber. Dans l'observation XVI, le malade guéri chirurgicalement, revint, quelques semaines après, dans le service pour y succomber. La persistance des signes physiques (matité surtout) après la cicatrisation opératoire peut contribuer à fixer les idées sur la nature du processus en cause.

Quant au pneumothorax, il est exceptionnel mais peut se voir (deux cas rapportés par Gaillard et Mlle Cottin, MM. Cramer et Saloz).

Le cancer du poumon, comme tous les cancers, peut essaimer au loin. Les organes touchés sont multiples : foie, rate, pancréas (obs. VIII), capsules surrénales, reins, squelette et paroi thoracique (obs. XXIV et XXVII), système nerveux (noyaux dans le bulbe, causant la mort subite; paraplégie spasmodique par métastases médullaires (obs. XII), système vasculaire (phlébite cancéreuse ou localisations cardiaques).

Des complications infectieuses (pneumonie, bronchopneumonie, gangrène pulmonaire) ou des phénomènes congestifs (œdème aigu) peuvent abrégé la marche de la maladie.

L'évolution du cancer peut être également marquée d'incidents multiples qui prennent parfois figure de complications véritables. Les hémoptysies à répétition, parfois foudroyantes, peuvent s'observer.

L'apparition de signes de compression médiastinale pourra s'ajouter au tableau morbide. Tous les organes du médiastin peuvent être envahis ou comprimés par le néoplasme : la compression du récurant gauche (voix bitonale; paralysie de l'hémilarynx

gauche); de la veine-cave supérieure (œdème en pèlerine, cyanose, circulation veineuse complémentaire); de la trachée (cornage, tirage, toux aboyante de Garrel); des grosses bronches (syndrome d'oblitération, avec obscurité respiratoire de tout un poumon); de l'œsophage (dysphagie); du pneumogastrique (crises de dyspnée paroxystique, toux coqueluchoïde, bradycardie); du phrénique (hoquet et névralgie phrénique); du sympathique (anisochorie); exceptionnellement du plexus cardiaque (crises pseudo-angineuses) ou des nerfs spinaux (névralgies intercostales avec irradiations dans les membres supérieurs).

La valeur sémiologique d'un signe de compression quel qu'il soit, est telle, *qu'au cours d'une pneumopathie chronique, sa constatation fait presque, à elle seule, le diagnostic de sa nature.* La tuberculose pulmonaire peut s'accompagner d'adénopathies médiastinales secondaires, mais elles ne sont jamais assez marquées pour produire un syndrome de compression aussi net que celui produit par le cancer du poumon. En dehors d'elle, on ne voit pas d'autres affections capables de prêter à confusion, étant bien entendu que nous excluons de cette étude toute manifestation médiastinale non accompagnée de pneumopathie chronique et progressive (médiastinite spécifique ou tumeurs du médiastin).

L'évolution dure en moyenne de 6 à 12 mois. Dans la forme isolée par Barjon, le drame dure de 3 à 6 mois : le lympho-sarcome médiastino-pulmonaire tue en 5 à 13 mois. Exceptionnellement la durée peut

être de quelques semaines (cas de Walshe : 6 semaines), ou de 3 ans (obs. XI). Pour Ménétrier, l'évolution dure de 3 à 9 mois; Darolles l'a fixée à 10 mois.

En résumé, la mort est la terminaison fatale du cancer du poumon, qui survient soit par cachexie progressive, soit par asphyxie, avec crise de suffocation terminale, soit rapidement, par phénomènes congestifs ou infectieux surajoutés, ou subitement, par compression brutale du pneumogastrique ou de la veine-cave supérieure.

CHAPITRE IV

Formes cliniques et diagnostic différentiel

Le caractère artificiel de la distinction clinique que nous proposons ne nous échappe pas et nous voulons en prévenir la critique. En effet, pratiquement, les formes cliniques chevauchent les unes sur les autres. Il n'est pas rare de voir un malade présenter des signes cliniques et radiologiques d'une densification lobaire avec des signes de compression médiastinale. Un tel cas appartient à plusieurs groupes. Notre tentative aurait été vaine si nous avions poursuivi ce but. Telle n'a pas été notre intention. Les formes cliniques que nous proposons constituent des schémas commodes. En présence d'un cas un peu complexe en apparence, le médecin pourra mieux s'y reconnaître et réunir dans un même groupe des symptômes par ailleurs fort disparates.

La classification histologique en cancer primitif et secondaire constitue une classification anatomique mais peu clinique. En effet, il n'est pas rare de voir, comme en témoignent de nombreuses observations, un cancer secondaire prendre les allures d'un néoplasme primitif et inversement (métastases cérébrales, seule traduction d'un cancer pulmonaire latent).

En outre, même devant un cancer secondaire qu'on pourra diagnostiquer radiologiquement par l'aspect « de noyaux à contours arrondis », il sera fort difficile et parfois impossible de fixer le point de départ des métastases pulmonaires.

On pourrait également distinguer les sarcomes des épithéliomas : mais les données cliniques ne se superposent pas aux données histologiques. De même que la constatation de signes liquidien à une base ne permet pas de préjuger de la nature du liquide, de même les signes physiques d'un cancer du poumon ne permettent pas de dire sarcome ou épithélioma. Les différentes variétés de cancer ne présentent, en effet, aucun signe clinique caractéristique de leur nature histologique. Nous diviserons l'étude de nos formes cliniques en trois groupes :

- 1° Formes où dominent certains symptômes fonctionnels et généraux.
- 2° Formes d'après les données radiologiques.
- 3° Formes avec syndrome de compression médiastinale.

1^o groupe — Formes ou dominant certains symptômes fonctionnels et généraux

A. — FORME PSEUDO-TUBERCULEUSE

La confusion du cancer du poumon avec la tuberculose est tellement fréquente et habituelle que nous avons cru bon de créer ce groupe clinique. Le malade se présente, en effet, avec la symptomatologie fonctionnelle et générale qui marque le début d'une tuberculose pulmonaire évolutive. L'examen physique a révélé tantôt des signes de condensation plus ou moins accusés d'un lobe, tantôt des signes cavitaires, parfois, enfin, des signes peu nets de bronchite diffuse, avec quelques sous-crépitaux disséminés ou localisés au niveau de la tumeur. Cependant, certaines particularités cliniques ont pu déjà frapper un esprit averti : dans le cas de densification lobaire, ce sont les signes physiques qui atteignent une importance exceptionnelle, peu habituelle au processus uniquement tuberculeux ; l'âge du malade peu en rapport avec des processus aussi aigus ; les antécédents (il s'agit assez souvent de malades sans passé pulmonaire antérieur) ; l'unité clinique absolue de la lésion constatée ; le siège parfois basal des lésions présentant une densité radiologique exceptionnelle ; les signes fonctionnels hors de proportion avec les signes physiques constatés (il s'agit de dyspnée parfois paroxystique, peu en rapport avec les données cliniques) ; la bacilloscopie négative,

l'importance négative de cette recherche est capitale. Quand, chez un malade qui tousse, maigrit, présente une expectoration muco-purulente ou purulente avec des signes cliniques ou radiologiques comme ceux que nous mentionnons au chapitre II, la bacilloscopie répétée est négative, ce signe prend alors à nos yeux une importance de premier ordre. Il ressort du rapport du Professeur Cordier (Congrès International de la Tuberculose, 1927) que « la présence de bacilles de Koch dans les crachats est la règle à peu près absolue au cours de la tuberculose pulmonaire évolutive ».

On n'omettra aucune recherche : examen direct, homogénéisation, inoculation au cobaye. La notion de temps et de délais nous apparaît là, plus que partout ailleurs, indispensable. On répétera ces recherches plusieurs fois à quelques semaines de distance « en salves », selon l'expression même du Professeur Cordier.

Ces malades font partie du groupe des faux tuberculeux et difficiles à dépister du seul point de vue bactériologique : la clinique, une fois de plus, vient au secours du laboratoire.

Certes, la tuberculose pulmonaire peut, dans certaines de ses formes, ne pas donner des bacilles de Koch dans les crachats, malgré la présence de signes sthéthacoustiques indiscutables. (Granulie, certaines formes caséeuses, cortico-pleurite de la base). Cependant, pour peu qu'on persévère, on arrive presque toujours à déceler les bacilles dans l'expectoration ou les selles ; question de délai et de persévérance,

écrit le Professeur Cordier, et il conclut: « L'absence de bacilles dans la presque totalité de ces derniers cas n'est que transitoire; tôt ou tard, l'évolution s'affirmant, les bacilles apparaissent. Dès lors, on pourrait dire qu'il n'y a pas de tuberculose fermée, du moins qu'il n'y en a pas de définitive. Elle n'est jamais que temporaire. Il ne s'agit, en somme, que d'une question de délai et, de notre part, d'un élément de persévérance. » Ainsi donc, la conduite de plusieurs « offensives bacilloscopiques » nous permettra de tirer de ce symptôme négatif tous les enseignements cliniques qu'il comporte.

OBSERVATION I

Signes cliniques et radiologiques d'une densification massive du poumon droit: cancer supposé probable en raison des analyses négatives répétées de l'expectoration.

Lem... André, 49 ans.

Le malade entre dans le service en mai 1923 pour une affection pulmonaire dont le début remonte à un an environ: il n'a toutefois cessé son travail que depuis 6 mois. L'amaigrissement est de 12 kilos; l'anorexie, la toux, l'expectoration purulente ont fait faire uniformément le diagnostic de tuberculose.

Cependant, les signes d'auscultation sont assez particuliers: on trouve à droite une matité de bois sur toute la hauteur de la poitrine, avec une résistance au doigt très marquée; il n'y a aucune zone simplement submate même dans la région sous-claviculaire; les vibrations sont perçues sans être augmentées; la totalité de l'hémithorax droit est d'une immobilité rigoureuse dans les plus grands mouvements respiratoires. A l'auscultation, on perçoit un gros souffle de tonalité bronchique très intense et sans aucun râle dans toute la hauteur de l'hémithorax droit.

Le côté gauche est, à tous points de vue, absolument normal.

La radioscopie montre une opacité massive de toute la hauteur à droite.

Il est fait plusieurs ponctions exploratrices qui restent blanches et pénètrent dans un bloc dense et très résistant.

Ces tentatives éliminant complètement l'idée d'épanchement que les données de l'examen avaient déjà fait écarter et que seule la radioscopie aurait pu faire soupçonner, il paraît certain que le poumon droit est transformé en un bloc résistant massif, et les seuls diagnostics à discuter semblent être ceux de cancer du poumon et de pneumonie caséeuse massive. Mais ce dernier paraît devoir être éliminé en raison des analyses perpétuellement négatives de l'expectoration, analyses faites cependant sur des échantillons très purulents.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION II

Densification massive de la totalité du poumon gauche ; hémoptysies, état cachectique; cancer du poumon supposé probable en raison des analyses négatives de l'expectoration.

Tra... Charles, 43 ans.

Le malade est envoyé à l'hôpital supposé atteint de tuberculose pulmonaire. C'est un sujet de 43 ans, très amaigri, peu fébrile, dont la température reste généralement au-dessous de 38° le soir. Il a présenté quelques hémoptysies et en eut une pendant son séjour dans le service.

L'examen donnait des signes uniquement au côté gauche: matité très marquée avec un très gros souffle extrêmement rude dans la moitié supérieure en arrière; en avant, la matité était extrême avec une obscurité respiratoire dominante, sans aucun râle nulle part.

L'examen radiologique montra une opacité massive de tout le poumon gauche, masquant les contours du cœur, rendant ceux du diaphragme invisibles.

Le côté droit était entièrement normal, cliniquement et radiologiquement.

Toutes les analyses de l'expectoration restèrent négatives.

C'est sur cette donnée, en même temps que l'altération de l'état général, les signes cliniques et radiologiques que l'idée

de néoplasme fut admise, au lieu de celle de pneumonie caséuse massive.

Pendant le séjour du malade dans le service, aucun incident ne se produisit, en dehors d'une hémoptysie, et il quitta l'hôpital dans un état très précaire pour succomber chez lui quelques semaines plus tard. Pas d'autopsie.

OBSERVATION III

Néoplasme probable du poumon droit évoluant avec l'allure clinique d'une tuberculose torpide. Pleurésie purulente.

Pri... Romain, 53 ans.

Le malade nous a été adressé par le Docteur Bonnaud, d'Izieux, pour un état général fortement altéré et qui, vu la toux, l'expectoration qui l'accompagne, est supposé, presque *a priori*, en relation avec une bacillose pulmonaire.

Le début remonterait à 6 mois, depuis lesquels le sujet a perdu environ 6 kilos. Il n'a pas craché de sang et accuse seulement des points de côté à droite.

L'examen est entièrement négatif au point de vue tuberculose, et, du reste, on est surpris que le malade, qui n'a jamais été un toussueur habituel, commence une évolution à l'âge qu'il a atteint. La radioscopie est faite pour trancher la question et elle montre des sommets entièrement normaux; mais elle fait en même temps découvrir une masse opaque au lobe inférieur du poumon droit dont la situation et les caractères radiologiques donnent immédiatement l'impression qu'il s'agit d'une tumeur. Cette masse a des contours un peu flous, mais une opacité assez dense; elle est située exactement à la partie supéro-externe du lobe inférieur droit touchant la paroi thoracique en dehors, mais restant très au-dessus du diaphragme et laissant le sinus libre.

Toutes les analyses de l'expectoration qui furent faites pendant le séjour que le malade fit dans le service et qui furent faites avec homogénéisation restèrent négatives.

Malgré les recherches les plus attentives, on ne put trouver de signes d'auscultation dans la région exactement repérée de l'ombre radiologique, sauf une certaine obscurité dans une zone limitée.

Le malade quitta le service après un séjour de quelques semaines, mais dut bientôt revenir à l'hôpital avec une fièvre

élevée et des signes d'un gros épanchement que la ponction exploratrice révéla purulent (nombreux streptocoques). Le malade est dirigé sur un service de chirurgie et est pleurotomisé.

B. — FORMES DE SUPPURATION BRONCHIQUE

Le malade de l'observation IV rejeta, dans le cours de sa maladie, sous forme de vomique, une quantité de pus non fétide, telle que l'idée d'évacuation d'une poche de pleurésie enkystée fut évoquée. Les Rayons X infirmèrent complètement cette hypothèse en montrant une densification extrême de tout le lobe inférieur droit. Le malade de l'observation XXIII se présentait également avec le tableau d'un cavitaires banal atteint de suppuration pulmonaire abondante, légèrement fétide. L'odeur véritablement fécaloïde de la gangrène pulmonaire est exceptionnelle dans les tumeurs ramollies du poumon.

Le cancer du poumon peut donc se présenter cliniquement avec l'expectoration comme symptôme dominant et prêter surtout à confusion avec trois pneumopathies.

La dilatation des bronches. — On pourra différencier cette affection du cancer à l'aide des symptômes suivants : la constatation de signes cavitaires (parfois seulement des râles bronchiques ou des sous-crépitaux) localisés aux bases; l'expectoration, avec son odeur de plâtre frais et sa disposition classique dans le vase en trois couches; le bon état général qui contraste avec les signes cavitaires notés cliniquement ou radiologiquement; l'examen radioscopique qui montrera des images cavitaires ou simple-

ment des traînées arborescentes irradiées du hile), tandis que le néoplasme se traduira par un bloc dense opaque; la recherche des stigmates spécifiques; la sérologie; l'essai du traitement d'épreuve; l'absence de passé pulmonaire (les bronchectasiques sont de vieux touseurs, en général). Le diagnostic de bronchectasies a été singulièrement facilité, depuis ces dernières années, grâce à MM. Sergent, Bezançon et Armand-Delille qui ont appliqué l'injection intratrachéale de lipiodol suivant la méthode de Sicard et Forestier à la radiologie des voies respiratoires. C'est une recherche qu'on ne manquera pas de pratiquer et qui, dans le cas de dilatation des bronches, montrera celles-ci sur le cliché se dessinant sous forme de « grappes de raisins » ou « de régime de bananes ».

La gangrène du poumon (primitive ou secondaire). — Certaines gangrènes pulmonaires peuvent présenter la symptomatologie physique du cancer du poumon. On retiendra les éléments suivants en faveur de la gangrène : la fétidité extrême de l'haleine et de l'expectoration qui se dépose en trois couches dans un verre (Traube) et contient, dans la dernière couche, des débris pulmonaires sphacelés et les bouchons de Dittrich ; le début brusque au milieu d'une bonne santé apparente ; l'état général qui est celui d'une grande infection avec fièvre hectique, prostration, sueurs profuses.

L'évolution, le début brusque, la fétidité de l'expectoration, les rémissions ou les améliorations obte-

nues avec le traitement médico-chirurgical, contribueront à éclairer le diagnostic si l'on hésitait encore.

En dernier lieu, reste la *pleurésie enkystée*. Ce diagnostic, en effet, avait été soulevé pour le malade de l'observation IV, qui présentait des pseudo-vomiques.

Les antécédents pulmonaires (secondaires à une pneumopathie aiguë). La vomique initiale, l'examen radioscopique (image obscure limitée par les scissures ou hydro-aérique) la ponction exploratrice positive, sont des signes suffisamment caractéristiques de l'interlobite suppurée. De plus, la rareté même de l'affection que nous n'hésitons pas à déclarer moins fréquente que le cancer du poumon.

En résumé, nous pouvons dire qu'il n'y a pas des signes pathognomoniques de telle ou telle affection. En pathologie respiratoire, le clinicien doit faire œuvre de tact et de bon sens. Certains diagnostics ne sont faits que de nuances et de finesse d'observations.

OBSERVATION IV

Etat d'amaigrissement et de cachexie progressive, avec expectoration purulente rejetée par véritables vomiques. Cancer du lobe inférieur droit supposé probable en raison des constatations cliniques et radiologiques.

Mon..., 55 ans.

Le malade nous est montré en consultation par son médecin traitant, le Docteur Allamagny, de Firminy, en octobre 1924. C'est un homme de 60 ans, qui fut autrefois très robuste et a pesé 105 kilos. Son état s'est altéré depuis une dizaine de mois en même temps qu'il s'est mis à tousser. A ce moment, il consulta divers médecins qui ne trouvèrent sans doute pas grand chose et prescrivirent un simple traitement

tonique; cependant, aucune amélioration ne survenant, le malade est examiné à l'écran, à plusieurs reprises même, avec l'idée qu'il était atteint de tuberculose, et c'est, en effet, le diagnostic qui est admis après ces examens; étant encore assez corpulent, l'éclairement des sommets était assez difficile à réaliser chez lui, et c'est simplement cette donnée qui a conduit à une erreur aussi grossière:

Peu à peu, la perte de forces et la cachexie se sont installées, et avec la toux une expectoration purulente de plus en plus abondante est apparue: toutes les analyses en ont été négatives au point de vue bacilles de Koch. Enfin, ces derniers temps, cette expectoration est rejetée par véritables vomiques et en quantité telle qu'elle évoque l'idée de l'évacuation d'une cavité de pleurésie enkystée: elle n'est toutefois pas fétide.

L'examen clinique montre d'énormes signes et tels qu'il est surprenant que les examens antérieurs ne fassent état que de modifications minimales de l'état des sommets qui sont d'ailleurs normaux. On trouve une matité absolue, de bois, de toute la base droite, matité tournant en avant, sans aucun signe liquidien, les vibrations ne sont pas abolies; il n'y a aucun souffle, et seulement une obscurité massive, sans le moindre bruit adventice. La température est de 38° à 38°5 le soir.

On note enfin l'existence d'une tuméfaction douloureuse de la grosseur d'une noisette sur l'extrémité antérieure de la deuxième côte droite à son articulation avec le cartilage costal: tuméfaction dure, ligneuse, sans rougeur.

L'examen radiologique écarte de l'idée de collection pleurale enkystée et donne, comme dans l'observation XXIII, une opacité massive, dense de tout le lobe inférieur droit dont la limite est dessinée nettement par la scissure interlobaire; des ponctions exploratrices sont faites en plusieurs points dans le lobe inférieur, elles sont toutes négatives et pénètrent dans un bloc très dur et résistant.

Le malade a succombé rapidement aux progrès de la cachexie quelques semaines après cet examen. Comme dans l'observation XXIII, on a donc affaire à un processus parenchymateux, limité au lobe inférieur exactement, évoluant avec une température assez haute, entraînant une cachexie progressive, accompagné d'une expectoration purulente

d'une abondance ici considérable et dans laquelle de multiples examens n'ont pas montré la présence de bacilles. L'âge du sujet, les données de l'examen clinique, radiologique, des ponctions exploratrices, des examens de crachats laissent supposer que la lésion pulmonaire n'est autre qu'un néoplasme.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION V

Bloc de consolidation du lobe inférieur droit avec signes cavitaires et expectoration purulente abondante non bacillifère ; cachexie rapide. Cancer du poumon supposé probable.

Jacq.. Jean-Marie, 37 ans.

Le malade nous avait été montré en décembre 1924 en consultation à Firminy, pour un état pulmonaire dont le début paraissait remonter à quelques mois. Ce sujet, diabétique reconnu depuis près de 15 ans, avait, depuis ce moment, commencé à tousser et à cracher; l'idée de tuberculose était naturellement venue au médecin traitant et des analyses de l'expectoration avaient été faites, mais toutes étaient restées négatives. La fièvre élevée et irrégulière, l'altération rapide de l'état général ayant fait désirer un examen complet, le malade fut admis dans le service où il fut suivi pendant trois mois.

Il présentait, en somme, une suppuration pulmonaire abondante, et, parfois, un peu fétide; les signes objectifs étaient limités à la base droite où on trouvait une grosse *matité*, tournant même en dehors, et à l'auscultation, des râles humides à grosses bulles, franchement *gargouillants*, même, en dehors. Plusieurs ponctions exploratrices furent faites, négatives, pénétrant seulement dans un bloc dur et résistant.

L'examen radiologique montra une opacité complète du lobe inférieur limitée nettement à la scissure interlobaire, et sans image cavitaire. Toutes les analyses de l'expectoration restèrent négatives.

Le malade fut emmené par sa famille quelques semaines avant l'issue fatale que l'amaigrissement rapide et l'altération progressive de l'état général laissaient deviner prochaine.

Les hypothèses faites sur la nature de l'affection, après avoir éliminé toute idée de tuberculose en raison des analyses de crachats négatives, furent orientées vers celle de néoplasme, à cause de la localisation lobaire des signes notés et des données radiologiques recueillies; l'autopsie ne peut malheureusement être faite.

C. — FORME DYSPNÉIQUE

La dyspnée peut, par son intensité, dominer la scène clinique. Le diagnostic se pose alors avec toutes les pneumopathies dyspnéisantes (granulie, œdème aigu, infarctus, pneumothorax, pleurésie, etc...). Nous nous excusons de ne pas énumérer toutes les causes de dyspnée. Une telle étude dépasserait le cadre de ce travail. Cependant, la granulie nous retiendra quelque peu, étant donné que nous la retrouverons plus loin. Elle survient le plus souvent chez un tuberculeux avéré, s'accompagne de cyanose, de température plus élevée que dans le cancer, d'une pluie de râles fins dans la poitrine. La mort survient rapidement dans l'asphyxie progressive. Son diagnostic clinique, sans le secours des données radiologiques, est souvent impossible à différencier du diagnostic de carcinose miliaire.

Enfin, pour clore ce chapitre, disons que certains malades viennent consulter parce qu'ils souffrent. La douleur est au premier plan de la symptomatologie fonctionnelle.

OBSERVATION VI

Généralisation pulmonaire bilatérale sous forme de granulations miliaires d'une tumeur de la surrénale. Pleurésie symptomatique bilatérale.

Bla... Marie, 31 ans.

La malade avait été envoyée à l'hôpital dans un service de chirurgie en raison de troubles digestifs; son amaigrissement très important avait fait penser à l'indication probable d'une intervention chirurgicale. Mais les premiers examens montrèrent que les manifestations gastriques douloureuses avaient un caractère banal et on découvrit un épanchement pleural pour lequel la malade fut passée dans un service de médecine.

Elle s'y présente avec une très grosse altération de son état général et l'examen montre de suite un épanchement pleural bilatéral assez important; on ne trouve pas de signes de lésions parenchymateuses. Fait assez singulier, cet épanchement ne s'accompagne d'aucune élévation thermique. La ponction ramène facilement du liquide citrin des deux côtés.

L'existence d'une adénopathie cervicale très nette fait de prime abord supposer qu'on est en présence d'une pleurésie bacillaire banale, mais on note en même temps un très gros œdème lombaire et de la racine des cuisses; il est moins marqué mais net aux malléoles; on le trouve aussi ébauché aux membres supérieurs. Aussi, ces constatations donnent-elles à penser qu'on a affaire à un épanchement de stase, à un hydrothorax, interprétation qui cadre fort bien avec l'apyrexie.

Mais, ni le cœur, ni les reins supposés à l'origine de cet état ne se révèlent anormaux; les urines ne contiennent pas trace d'albumine; malgré une oligurie très marquée le dosage de l'urée dans le sang ne donne que 0 gr. 42 par litre et le cœur paraît entièrement normal sans souffle, sans troubles du rythme. La tension est de 130/90.

Le diagnostic paraît donc très malaisé, lorsque le résultat de la cytologie du liquide pleural apporte un élément absolument inattendu : le Docteur Devuns y trouve, en effet, des cellules endothéliales isolées ou en amas, et aucun signe d'un épanchement inflammatoire; et, de plus, il note que ces cellules sont presque toutes vacuolisées, ce qui lui paraît être un bon signe d'alerte de cancer probable.

Cette réponse est enregistrée sans que l'on puisse, dans l'examen clinique, trouver un signe qui lui donne quelque créance; l'âge même de la malade orientait peu vers l'idée de néoplasme et le diagnostic reste toujours aussi imprécis.

La malade fut soumise à un traitement cardiotonique ba-

nal, mais sans succès. Les épanchements augmentèrent rapidement et dans de telles proportions qu'il fallut multiplier les ponctions évacuatrices. Celles-ci durent être immédiatement très copieuses : 900 gr. à gauche; 2 jours plus tard, 700 gr. à droite; 3 jours plus tard, deux ponctions doivent être faites successivement à droite et à gauche d'un demi-litre de chaque côté; le soulagement donné par ces évacuations ne dure que quelques heures et le soir même de l'intervention, la malade a une dyspnée extrême et ses épanchements paraissent s'être presque intégralement reproduits.

C'est dans ces conditions que, restant dans un état des plus précaires, elle s'affaiblit progressivement et meurt sans qu'un diagnostic précis ait pu être formulé sur cet état.

L'autopsie fait trouver des épanchements pleuraux encore importants. A la coupe des poumons, on trouve des deux côtés des lésions assez singulières, de description un peu malaisée et qui ne correspondent à rien de classiquement reconnu : il s'agit de sortes de granulations multiples qui, par leur disposition, et leur nombre, sont assez comparables à celles de la granulie tuberculeuse classique; elles sont réparties sur toutes les surfaces de coupe qui sont multipliées; on les trouve un peu moins nombreuses aux lobes supérieurs, plus à la partie moyenne, et confluentes à un degré extrême aux bases où elles ne laissent entre elles que de très étroites zones de tissu pulmonaire normal.

Mais si, par leur topographie générale et leur distribution ces granulations peuvent faire penser à la granulie, leur aspect en diffère totalement au point que, dès l'examen macroscopique le diagnostic de granulie peut être écarté en toute certitude; ces granulations sont nettement plus volumineuses que celles de la tuberculose; surtout elles sont de coloration plus foncée et de formes beaucoup plus irrégulières; certaines, au lieu de constituer une petite masse miliare, s'allongent sur un ou deux millimètres, offrant un aspect vermiculé; ces images sont surtout nettes au lobe inférieur dans le voisinage de la plèvre diaphragmatique.

La plèvre viscérale est elle-même envahie par le même processus et sur les deux lobes inférieurs droit et gauche on trouve à la surface du poumon des traînées grisâtres ou gris jaunâtre faisant saillie nettement sur la séreuse et un peu

résistantes au doigt; l'aspect vermiculé y est encore plus net que sur les coupes du poumon.

Nulle part, on ne trouve de formations tuberculeuses spécifiques.

Le reste de l'autopsie ne montre aucune anomalie du cœur, du foie, de la rate, des reins, ni du tube digestif, mais on découvre une surrénale gauche volumineuse (la droite est entièrement normale). Cette surrénale a les dimensions d'une grosse cerise et à la coupe paraît très ferme avec une coloration rougeâtre; l'aspect diffère totalement de celui bien classique des tuberculoses caséuses de la glande.

En somme, même sur la table d'autopsie, il ne fut pas possible de mettre une étiquette définie sur ces lésions singulières, et le diagnostic qui n'avait pu être établi ni par l'examen clinique, ni par l'examen microscopique des pièces, ne put l'être que par l'examen histologique.

Celui-ci montra, suivant le Docteur Devuns, qu'on avait affaire à une tumeur de la médullo-surrénale avec généralisation pulmonaire.

La surrénale est fortement disloquée par plusieurs hémorragies surtout centrales; on y trouve aussi des éléments néoplasiques, tantôt basophiles, tantôt acidophiles, se continuant avec les travées surrénales pelotonnées de la substance médullaire. Il y existe également des boyaux nécrosés à leur centre, et avec une vitrée, de même volume que ceux notés dans le poumon. Tout autour de la surrénale on en rencontre aussi; ce sont des boyaux de même volume que ci-dessus avec vitrée nécrosée centrale et dont quelques-uns sont peut-être logés dans des vaisseaux.

Les fragments de poumons qu'ils soient pris à la base ou au lobe moyen, présentent des lésions identiques; les granulations visibles microscopiquement, très serrées et un peu saillantes sur la surface pleurale, d'une dimension d'un millimètre à un millimètre et demi, correspondent à des cavités limitées par une vitrée mince mais constante et nette; cette vitrée ne paraît pas correspondre à quelque chose de préexistant dans le poumon normal; les cavités en question sont pleines de tissu néoplastique névrosé et bordées par un à deux rangs de cellules polyédriques moyennement acidophiles, quelquefois très basophiles, dont le noyau occupe à peu près le tiers du diamètre de la cellule. Les alvéoles qui

se trouvent dans les intervalles de ces cavités sont, en grande partie normaux, mais quelques-uns se trouvent envahis et remplis de cellules tumorales identiques; on trouve aussi quelques vaisseaux envahis dans la paroi à tendance à se névraser. Tous les lymphatiques sous-pleuraux sont extrêmement dilatés et injectés de la même substance néoplastique aux trois-quarts névrosée.

OBSERVATION VII

Généralisation pulmonaire, sous forme de noyaux confluents dans les poumons, d'une tumeur du rein. Mort du fait de cette généralisation avec dyspnée et cyanose.

Dro... Jean, 48 ans.

Le malade nous a été montré dans le service du Docteur Arnaud, qui l'avait opéré 3 mois auparavant par une tumeur du rein.

Cette tumeur avait été diagnostiquée l'année précédente à la suite d'un examen que le malade avait demandé en raison de plusieurs hématuries et de quelques douleurs lombaires; un cathétérisme séparateur avait montré la suppression fonctionnelle complète du rein gauche. Les urines recueillies renfermaient de nombreuses hématies, des cellules épithéliales sans aucun microbe à l'examen direct. La culture donna toutefois du bacterium Coli.

On ne sentait pas le rein gauche à la palpation.

Le malade, à qui fut proposée une intervention chirurgicale pour la lésion qui fut diagnostiquée, une tumeur du rein gauche, ne l'accepta pas à ce moment, et ne revint se montrer qu'un an après en raison de nouvelles hématuries très rapprochées.

Après l'intervention, un nouveau prélèvement aseptique des urines montra des cellules de pus nombreuses, des hématies, pas de microbes, pas de bacilles de Kock.

L'intervention fut faite le 11 décembre 1926 : néphrectomie, enlevant une volumineuse tumeur du rein gauche.

L'examen histologique de cette tumeur pratiquée par le Docteur Devuns, donna les renseignements suivants :

L'un des fragments envoyé est formé uniquement de végétations trapues dont l'axe est du tissu conjonctif lâche, souvent œdémateux et myxomateux; elles sont revêtues de

plusieurs couches d'un épithélium cylindrique pluristratifié du type des voies urinaires supérieures. Un autre fragment montre une sclérose rénale intense, les tubes subsistant étant plus ou moins étouffés et éloignés de deux à quatre fois leur largeur au lieu d'être au contact; cette sclérose est aussi marquée dans la substance corticale que dans la médullaire; un gros vaisseau y contient des bourgeons éphitéliomateux identiques au revêtement des végétations du premier fragment.

Il s'agit d'un épithéliomat à point de départ urinaire et non rénal; point de départ presque certainement pyélique.

A la suite de l'intervention, rien ne fut noté de spécial dans l'état du malade, qui avait conservé un assez bon aspect général; il quitta l'hôpital avec une cicatrice opératoire parfaite.

Il y revint 3 mois après, en février 1927, avec une grosse altération de son état général, une oppression extrême, de la toux, une expectoration visqueuse très abondante.

Au moment où nous l'avons examiné, la dyspnée était extrême, accompagnée d'une cyanose intense et d'une température très élevée. On fut surpris, avec une telle dyspnée, de ne trouver de signes cliniques qu'à la base du côté gauche; on y trouva une matité complète avec résistance au doigt nettement appréciable. L'auscultation faisait entendre des râles sous-crépitants très abondants dans toute la base, en arrière et latéralement. On ne trouva rien à droite, et en somme, il n'y avait pas de rapport entre les signes fonctionnels et les signes physiques.

L'examen radiologique rendit compte immédiatement de la chose et montra une infiltration de la totalité du parenchyme, du sommet jusqu'à la base, par des noyaux néoplastiques confluents. Les radiographies qui accompagnent cette observation, dispensent d'une plus longue description et représentent, au sens littéral, une véritable autopsie sur le vivant, en montrant avec une netteté saisissante, l'importance de l'infiltration néoplasique.

Le malade mourut 3 jours après cet examen, et son autopsie donne les renseignements suivants :

Le poumon droit est libre d'adhérences et paraît très volumineux; il pèse 1.600 gr. Il présente 4 lobes; sa surface de coloration un peu violacée laisse deviner la présence des

noyaux néoplastiques sous-jacents qui, à la coupe, infiltrent le parenchyme sur toute la hauteur et ne laissent, pour ainsi dire, point de tissu pulmonaire normal.

Le poumon gauche est, lui aussi, véritablement farci de noyaux cancéreux qui, de ce côté seulement, présentent en deux ou trois points des zones ramollies et des cavités de volume variable, dont la plus grosse atteint les dimensions d'une mandarine; ces cavités sont remplies de liquide blanchâtre, filant, mêlé à des débris sphacelés. La base gauche est adhérente et constitue un bloc dense compact constitué uniquement par du tissu cancéreux; le poumon gauche pèse 1.700 gr.

Le foie est très volumineux et pèse 3.200 gr. Il est rempli de volumineux noyaux cancéreux offrant le même aspect que ceux des poumons.

Le rein droit est normal, ainsi que la rate.

Pas de récurrence *in situ* dans la région lombaire gauche.

L'examen histologique d'un des noyaux cancéreux pulmonaires pratiqué par le Docteur Devuns, a donné le résultat suivant : les métastases constatées microscopiquement sont des masses, le plus souvent pleines de tissu épithéliomateux; masses d'épithélium cylindrique pluristratifié du type des voies urinaires, ressemblant beaucoup à la tumeur primitive. Il existe aussi des masses creusées de cavités, probablement dues à la nécrose du tissu, et d'autres où les alvéoles plus ou moins dilatés sont tapissés d'un ou deux rangs de cellules tumorales, utilisant, comme il est fréquent, la paroi alvéolaire en guise de stroma de soutien.

D. — FORME DOULOUREUSE

Certains malades accusent des névralgies intercostales, dont la cause exacte, en l'espèce, le cancer du poumon, devra être recherchée; des douleurs rachidiennes souvent très marquées, indépendamment des métastases vertébrales, le médecin sera parfois appelé à faire la discrimination de ces douleurs d'avec un mal de Pott (signes médullaires, radiographie lipiodolée, terrain bacillaire).

D'autres se présentent avec un point de côté tenace, rebelle (pleurésie, pneumonie) des douleurs articulaires (rhumatismes), enfin des douleurs rétro-sternales avec irradiations dans le bras (propres aux tumeurs du médiastin) qu'on différenciera de la crise vraie d'angine de poitrine.

Au cours de l'évolution de phénomènes pulmonaires mal définis des douleurs lancinantes, atroces, peuvent faire leur apparition et imposer par leur intensité même une nouvelle orientation clinique (obs. VIII).

OBSERVATION VIII

Cancer massif du poumon gauche diagnostiqué pendant la vie, densification extrême du poumon gauche, absence de bacilles, douleurs d'une extrême violence. Pleurésie symptomatique. Confirmation nécropsique du diagnostic posé et découverte d'une tumeur du pancréas.

Kuch... Stéphane, 45 ans.

Malade suivi pendant les deux derniers mois de sa vie dans le service de tuberculeux où il était arrivé avec un état de cachexie déjà fort avancée.

Dans le passé, on notait un séjour fait dans un service de médecine 4 mois auparavant, et au cours duquel on reconnut l'existence d'un petit épanchement gauche; une ponction exploratrice avait permis de retirer du liquide citrin un peu louche, où l'examen cytologique montra une forte prédominance de polynucléaires et même des globules très altérés, faisant soupçonner une transformation purulente possible; cette évolution ne se réalisa pas toutefois, l'épanchement se résorba peu à peu et le malade quitta l'hôpital après 6 semaines de repos. Ayant indiqué qu'il avait eu auparavant un état fébrile avec frissons et points de côté, on pouvait penser que cette petite poussée pleurale était sous la dépendance d'une pneumopathie aigüe récente et le diagnostic posé en resta là, la radioscopie n'ayant pas été faite.

Dans la suite, l'état général s'altéra rapidement, le malade qui avait essayé de reprendre son travail, dut l'abandonner définitivement, il resta au repos chez lui quelque temps et dut, finalement, se faire hospitaliser à nouveau.

A son arrivée, on notait un état fébrile irrégulier, la courbe atteignant parfois 39 et restant généralement supérieure à 38; le malade toussait et crachait assez abondamment; il accusait enfin des douleurs assez vives au creux épigastrique et dans la base du côté gauche.

Cette base gauche était d'une matité absolue; cette matité dépassait du reste les limites de la base et s'étendait sur tout l'hémithorax, si bien que la notion de la pleurésie antérieure faisait souvent souhaiter que toute idée d'épanchement fut écartée; ce fut facile, toutes les ponctions exploratrices restant négatives. Du reste, les signes n'étaient pas ceux d'un épanchement, mais bien d'un bloc massif de la totalité du poumon gauche; on n'y trouvait pas un râle, et seulement un gros souffle bronchique très rude dans la moitié supérieure en avant et en arrière, la base étant entièrement obscure. Le poumon droit était parfaitement normal.

L'examen radiologique confirma les données de la clinique et l'existence du bloc du poumon gauche, dont les ponctions exploratrices avaient permis d'apprécier la densité; l'émithorax gauche était complètement noir, les contours du cœur et ceux du diaphragme tout à fait invisibles. La transparence parfaite du poumon droit, chez ce malade d'une cachexie profonde, rendait peu probable l'hypothèse de tuberculose.

Les examens de l'expectoration furent répétés dans le but de l'écarter définitivement et, de fait, ils restèrent complètement négatifs, donnant de plus en plus de probabilité à l'hypothèse de néoplasme.

A suivre le malade, ce diagnostic parut de plus en plus probable; on vit apparaître, en effet, des douleurs dans la région de la base gauche de plus en plus vives et qui n'étaient calmées que par la morphine; ces douleurs paraissent accompagnées d'un état gastrique important, l'estomac fut examiné radiologiquement, sans que l'on put y voir autre chose qu'une ptose accentuée; son évacuation était normale; la réaction de Weber fut négative.

En somme, à ce moment de l'évolution, le diagnostic de néoplasme se fondait sur l'importance des signes de densi-

fication du poumon gauche et l'unilatéralité de ceux-ci, sur la cachexie rapide et progressive, l'absence de bacilles dans les crachats, et principalement les douleurs de plus en plus vives ressenties au côté malade.

C'est à ce moment, que le laboratoire, après une ultime homogénéisation, trouva des bacilles dans l'expectoration; cette réponse inattendue et qui pouvait tout remettre en question, ne modifia pas le point de vue adopté, l'association de tuberculose et de cancer n'étant pas exceptionnelle; on rechercha toutefois d'autres signes confirmant l'hypothèse formulée, notamment des signes de compression médiastinale, mais on n'en put déceler le moindre. Par contre, à défaut de ces derniers, on vit apparaître, 10 jours avant la mort, un ictère léger mais net, et dont les caractères étaient ceux d'un ictère par rétention : matières décolorées, pigments et sels biliaires dans les urines; cet ictère progresse peu, mais son apparition fut supposée en rapport avec l'existence de noyaux cancéreux secondaires du foie, dont l'un devait comprimer le cholédoque; pourtant le foie fut exploré, mais ne parut pas très gros ni marronné à sa surface.

Le malade mourut dans une extrême cachexie, accélérée par les doses de plus en plus élevées de morphine que l'intensité croissante de ses douleurs thoraciques avait obligé de lui donner.

L'autopsie montra un poumon droit indemne de toute lésion; le cœur était normal et de petit volume, pesant 250 gr.

Le poumon gauche était entièrement symphysé et fut éviscéré avec beaucoup de peine; son extraction le dilacéra plus ou moins, et après elle, on put voir sur la paroi interne du thorax des masses cancéreuses de volume variable, grosses pour quelques-unes comme une noix, et qu'il était impossible de dissocier de la paroi elle-même. A la coupe, ces masses se révélèrent de la même composition que la tumeur pulmonaire.

A la coupe, le poumon gauche qui était extrêmement dur et lourd (2.250 gr.), offrait l'aspect d'un volumineux cancer infiltrant la totalité de l'organe, dont le parenchyme était réduit à quelques bandes très minces de tissu normal. La tumeur était principalement développée du côté du médiastin et de la région hilare; dans cette région, elle formait une

masse dense où la tranchée plongeait littéralement ainsi que la bronche gauche, et de laquelle il était tout à fait impossible de les séparer; cette masse présentait, à la coupe, une surface blanchâtre et lardacée très ferme; au niveau du poumon, on trouvait par places, en plein tissu cancéreux, des cavités de volume variable remplies de pus crémeux et de débris spaccélés. Il parut surprenant, étant donnée cette disposition, pendant la vie.

En aucun point, ni dans le poumon droit, ni dans le poumon gauche, on ne put trouver, en multipliant les coupes, la moindre trace d'un tubercule dont auraient pu provenir les bacilles notés à la dernière homogénéisation.

La surprise de l'autopsie fut la découverte d'une masse volumineuse au niveau du pancréas; on peut supposer que sa situation profonde sous une coupole diaphragmatique très concave et sous une paroi abdominale tendue, rendent compte des difficultés de sa découverte clinique, car la région avait été soigneusement explorée, tant lors de l'examen clinique et radiologique de l'estomac que peu avant la mort, lors de la recherche d'un foie supposé néoplastique; son volume était égal à celui d'un poing, et c'était évidemment à elle qu'était dû l'ictère par rétention. Le foie, en effet, qu'on supposait infiltré de gros noyaux néoplastiques, n'était pas très augmenté de volume; il présentait bien, en effet, des noyaux de généralisation, mais tout petits et ne dépassant pas les dimensions d'un noyau de cerise au maximum. La vésicule était remplie d'une grande quantité de bile noire sans calcul.

La dissection de la masse abdominale montre que la tumeur intéressait exactement les pancréas; elle formait une masse dure et ferme comparable aux parties les plus denses de la tumeur thoracique; le duodénum était comprimé par elle, et ce fut une autre surprise de constater qu'avec une semblable disposition, il n'avait été noté pendant la vie ni vomissements abondants rappelant ceux des sténoses pyloriques, ni d'ictère chronique d'apparition précoce et de coloration intense dont l'existence est de règle dans ces cas.

Reins et rate normaux; surrénales normales; corps thyroïde normal; prostate normale.

Examens histologiques (Docteur Devuns).

1. *Poumon gauche.* — On y trouve des masses importantes de cellules lymphocytomateuses en nappes étendues; les cellules petites et serrées ont des noyaux très colorés à chromatine massive occupant presque toute la cellule, mais elles ne sont pas absolument régulières, quelques-unes étant un peu ovales et leurs dimensions varient du simple au double. Une bronche de 2 millim. de diamètre se trouve presque entièrement comblée par l'infiltration de sa sous-muqueuse bourrée de ces éléments; cette infiltration gonfle la muqueuse jusqu'à en adosser les bords au point qu'ils ne laissent entre eux qu'une minime cavité bordée par des restes d'épithélium bronchique. Dans la même masse néoplastique est englobée une artère d'un diamètre de 2 m/m dont la cavité est comblée et dont les parois sont presque disparues, sauf les couches élastiques de la tunique moyenne. Au voisinage des masses néoplastiques microscopiques, les alvéoles voisins sont bourrés de cellules lymphocytomateuses identiques.

2. *Pancréas.* — L'organe est extrêmement cadavérisé et spécialement dans les parties non néoplastiques où seuls des grains acidophiles marquent la place des cellules et où subsiste la topographie en lobules séparés par de minces cloisons conjonctives. Les masses néoplasiques sont mieux conservées en général et ont le même aspect cytologique que celles du poumon; elles s'étendent dans le parenchyme qu'elles envahissent par des digitations entre lesquelles le tissu pancréatique est moins nécrosé que dans les zones non néoplastiques; c'est ainsi qu'on y reconnaît les tubes glandulaires dont les noyaux ont une coloration basophile. Le néoplasme se propage aussi dans les cloisons interlobulaires un peu dilatées, sous forme de traînées cellulaires diffuses et aussi d'îlots arrondis à limites nettes, et qui sont probablement des lymphatiques, bien qu'on ne puisse y reconnaître ni paroi ni endothélium. A noter enfin, que dans les zones néoplasiques les cloisons conjonctives sont plus nombreuses et plus larges que dans les zones non envahies; il semble s'agir d'un stroma propre à la tumeur.

3. *Foie.* — Le foie présente 2 ou 3 noyaux de tissu lymphocytomateux identiques, limités par un tassement de cellules hépatiques sur deux ou trois rangs; le parenchyme est normal, sauf une légère surcharge pigmentaire périportale.

Il s'agit d'un lymphocytome, dont le point de départ ne peut être affirmé, la lésion pancréatique donnant l'impression d'une lésion métastique.

OBSERVATION IX

Cancer probable du poumon droit sous forme d'une volumineuse tumeur aperçue radiologiquement à contours nets; pas de bacilles, cachexie rapide et progressive et mort en 6 mois avec des douleurs thoraciques violentes.

Bla..., 54 ans.

Le malade est vu en consultation en août 1925, avec le Docteur Bonnet, de Saint-Heand, où il a été envoyé pour faire une cure de repos et d'aération.

C'est un sujet de 54 ans dont le fils vient de succomber à une évolution tuberculeuse; lui-même a eu une bonne santé quoiqu'assez malingre. Le début de la maladie actuelle semble remonter au mois de janvier 1925, époque à laquelle le sujet commença à éprouver des douleurs thoraciques dans la partie supérieure du poumon droit; il est à ce moment vu par un médecin, qui ne trouve pas de signes d'auscultation, mais conseille de faire pratiquer un examen radiologique. Ce dernier est fait quelques semaines plus tard et n'a été qu'une simple radioscopie; le compte rendu qui en est donné, fait état d'un foyer triangulaire à la partie moyenne du poumon droit, qui est interprété comme un foyer pneumonique tuberculeux. Sur cette constatation, le malade est mis en traitement classique au repos, aux toniques, et il est même envoyé à la campagne.

Son état ne s'améliore pas, l'amaigrissement ne fait que croître, les douleurs thoraciques atteignent surtout une intensité exceptionnelle et telle que le médecin traitant est obligé d'en venir à des piqûres de morphine; de plus, les constatations faites par lui sont tellement peu en faveur d'une tuberculose et d'un foyer pneumonique, qu'il conseille lui-même au malade de se faire radioscopier à nouveau. En effet, tous les examens de l'expectoration sont restés négatifs; de plus, on ne trouve aucun signe du foyer pneumonique prétendu, ni souffle, ni râles confluents, et de fait l'auscultation minutieuse ne donne que de la matité et une obscurité respi-

ratoire dans la partie totale externe de la sous-épineuse droite, ainsi que de l'aisselle.

L'examen à l'écran permet de faire immédiatement le diagnostic, car si l'on aperçoit, en effet, une énorme tache opaque, il est aisé de voir qu'elle n'est nullement triangulaire, malgré sa base auxillaire, mais que ses contours sont arrondis; l'ombre est extrêmement dense, dans sa partie interne elle est très nettement limitée par une ligne régulièrement arrondie, mais dans la région qui la sépare du cœur et du médiastin est également le siège d'une diminution de transparence importante, quoique moins dense.

Le diagnostic posé fut celui de cancer du poumon, et l'évolution la confirma pleinement; la cachexie déjà nette au moment de cet examen fait de rapides progrès, et pendant tout le temps de cette évolution, les données thoraciques ont été d'une extrême violence, nécessitant des doses énormes de morphine. L'état du malade qui fut rapidement confiné au lit et rigoureusement intransportable, ne permit pas de faire de nouvel examen radioscopique.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION X

Cancer massif de tout le poumon gauche, douleurs thoraciques atroces, térébrantes ; signes pseudo-pleurétiques, évolution d'une durée de 6 mois; début par hémoptysies et pseudo-vomique.

(Obligamment communiquée par le Docteur Nordman).

Bros... Jean, 56 ans.

Entré à l'hôpital envoyé par le Docteur Nordman pour des douleurs continuelles, à siège fosse sus-épineuse gauche, avec irradiations dans le bras correspondant.

Rien de spécial à noter dans ses antécédents personnels et aucun passé pulmonaire.

L'affection actuelle a débuté par des douleurs siégeant dans la partie supérieure de l'hémithorax gauche et s'irradiant vers l'omoplate et le bras gauche. Quelques applications de ventouses calment ces douleurs et le malade peut se reposer à la campagne. Durant son séjour, il rejettera sous forme de pseudo-vomique, une quantité assez grande de pus, en même temps qu'apparaîtront des hémoptysies (quelques cra-

chats hémoptoïques). Malgré ces incidents, le malade, grâce à la cure d'air et de repos, reprit 6 kilos.

A son retour, il consulta le Docteur Nordman qui l'admet dans son service devant la persistance et l'aggravation de ses douleurs thoraciques.

A ce moment, l'examen plemio-pulmonaire révèle une matité complète, de bois, de toute la base gauche, tournant en dehors. L'obscurité respiratoire est complète dans cette zone. Pas un râle. Rien au poumon droit.

L'examen des autres organes est entièrement négatif. Plusieurs ponctions exploratrices pratiquées à des intervalles variées sont négatives. L'aiguille s'enfonce dans un bloc dur, résistant. La température oscille entre 37°2 et 37°8; certains jours ne dépassent pas 37°4 le soir. L'expectoration unicompurulente est négative à 5 homogénéisations. Le Wasserman sanguin est négatif.

La radioscopie montre, à cette époque, une opacité diffuse de la base gauche sans refoulement marqué du cœur et du médiastin. Rien à l'autre poumon. Le diagnostic de néoplasme est posé, malgré l'absence de température, l'état général conserve, l'absence de signes de compression. Le Docteur Croizier, qui voit le malade à ce moment, partage entièrement cette manière de voir.

L'évolution va se poursuivre pendant quelques semaines, entrecoupée d'hémoptysies, de moyenne abondance, sans fièvre, avec une altération progressive de l'état général du malade.

La matité s'étendra progressivement, en haut et en avant; cette progression sera suivie radiologiquement et, quelques temps avant sa mort, on notera à l'écran « une opacité assez homogène de tout l'hémitorax gauche, avec déviation modérée du médiastin ».

La mort survint 6 mois après le début des premiers phénomènes thoraciques.

L'autopsie montra : un poumon droit, non adhérent, sans noyaux métastatiques.

Un poumon gauche transformé en un bloc de consistance très dure, d'aspect lardacé, soudé à la paroi depuis le sternum jusqu'à la colonne vertébrale, fortement adhérent au diaphragme, qu'on est obligé de sculpter. Le médiastin est le siège d'un envahissement néoplastique intense : tous les

organes sont enserrés dans une véritable gangue néoplasique. Il est étonnant qu'il n'y ait pas eu de phénomènes de compression pendant la vie.

La masse néoplasique présente des geocles à la coupe : rien aux autres organes, en particulier pas de métastases.

Examen histologique (Docteur Devuns) : 2 fragments pulmonaires examinés présentent des cavités contenant des masses néoplasiques des quamées et némosées; cependant, quelques points un peu moins névrosés contiennent des masses pleines de cellules cylindriques courtes ou cubiques aussi intensément colorées comme protoplasma et comme noyau que les cellules qui sont libres dans la cavité. Il ne s'agit pas de métastase d'un épithélium glandulaire, mais d'un épithélium atypique peut-être d'origine malpighienne. Certains néoplasmes primitifs du poumon peuvent avoir cet aspect ou bien il peut s'agir de métastases d'un épithélium cutané ou cutanéomuqueux (œsophage, etc., etc.).

2^o groupe — Formes d'après les données radiologiques

Dans l'introduction, nous avons prévenu le lecteur des analogies présentées par notre classification avec celles du Docteur Barjon. Chemin faisant, nous rappellerons les points communs.

Nous retiendrons six aspects spéciaux assez bien individualisés les uns des autres.

1^o L'ASPECT DE TUMEUR A CONTOURS PLUS OU MOINS ARRONDIS (forme pseudo-kystique de Barjon). — On peut confondre cette image avec celle d'un kyste hydatique. Dans cette affection, la radioscopie permet d'apercevoir une ombre uniformément dense,

homogène, avec des contours circulaires tracés au compas. Le cancer, au contraire, donne habituellement une ombre de densité inégale avec des contours arrondis mais moins nets et polycycliques. Il peut arriver cependant que le diagnostic radiologique soit impossible ; le laboratoire seul peut trancher le diagnostic. L'éosinophilie sanguine, la réaction de Weinberg-Parvu, l'intradermo-réaction de Casoni plaideront en faveur du kyste. L'expectoration rejetée parfois sous forme de vomique initiale, montrera les éléments caractéristiques de l'hydatide pulmonaire. Ces éléments précieux fournis par le laboratoire peuvent cependant faire défaut. L'évolution seule est capable de trancher le diagnostic.

L'ectasie aortique peut prêter à confusion avec les images circulaires du lobe supérieur gauche : l'absence de battements constituera un gros facteur de différenciation. Les signes cliniques propres à l'anévrisme de l'aorte, les antécédents spécifiques, l'âge contribueront à éclairer le diagnostic (dans l'obs. XII, le diagnostic différentiel fut fait grâce à l'âge du malade). L'examen du médiastin dans la position oblique antérieure droite montrera l'espace clair postérieur comblé par l'anévrisme, signalons cependant que le cancer du poumon peut produire la même obscurité par médiastinite primitive ou secondaire.

Dans les tumeurs du médiastin, la limite est difficile à trancher, car une tumeur du médiastin peut envahir secondairement le poumon ou n'être que la première étape de la forme de Barjon. La symptomatologie proprement pulmonaire (expectoration,

hémoptysies seront plutôt en faveur d'un cancer primitif du poumon). La tuberculose à début hilaire peut également prêter à confusion. Il s'agit, le plus souvent, d'individus de races primitives, sénégalais, etc... (forme ganglio-pulmonaire) ou d'adolescents, dans le cas de tuberculose à début hilaire. La carence des signes d'auscultation contraste avec l'habitus très amaigri du malade et l'évolution se poursuivant les bacilles apparaissent dans les crachats. Une image de scissurite, d'interlobite peut induire en erreur. La recherche des ombres médiastinales donnera la clef du diagnostic en montrant la médiastinite diffuse accompagnant la deuxième phase de Barjon.

OBSERVATION XI

Cancer du poumon secondaire à un cancer thyroïdien probable; diagnostic précoce et avant toute altération de l'état général, grâce à un examen histologique d'un fragment de la tumeur rejeté lors d'une hémoptysie.

Ber..., 53 ans.

Cette observation offre un extrême intérêt, tant par les difficultés du diagnostic, qui hésita longtemps, que par la manière dont il put être précisé.

Le malade qu'elle concerne est un sujet de 53 ans, ouvrier métallurgiste, dans les antécédents duquel on relève une intervention sur les régions thyroïdiennes, pratiquée en 1917 par le Docteur Duchamp; il s'agit d'une énucléation intraglandulaire d'un noyau thyroïdien, mais la pièce n'a pas été examinée histologiquement; en 1923, le malade doit revoir son chirurgien qui nous a dit être simplement intervenu sur une strumite. Actuellement, les cicatrices de ces interventions sont normales et souples.

Quelques mois avant les deux interventions, le malade a commencé à tousser; en dehors de ses interventions, il avait eu une bonne santé jusque-là, et on ne relève dans ses antécédents, qu'une pleurésie gauche à l'âge de 20 ans; il est

marié et père de 2 enfants en bonne santé; la toux le fait consulter successivement le médecin de l'établissement où il travaille, et un laryngologiste dont l'avis ne lui avait pas paru précieux, en raison du chatouillement persistant qu'il ressentait à la gorge et où il localisait la cause de sa toux; ces deux examens sont restés sans conclusions précises. Toutefois, cette toux éveillant l'idée de la tuberculose, le malade est invité à se faire examiner aux Rayons X et cet examen montre, dit-il, une tache du côté droit; une nouvelle radioscopie est demandée à un autre radiologiste dont le compte rendu d'examen parle d'ombre occupant la région scissurale, plus opaque dans le voisinage du hile et correspondant à un foyer de densification. Il est enfin pratiqué une analyse de l'expectoration, laquelle est du reste purement salivaire; cette analyse est négative.

Ne se voyant pas le moins du monde amélioré de sa toux, le malade multiplie les consultations, et tantôt se voit déclaré tuberculeux, tantôt entièrement indemne de cette affection; il est soumis à un traitement tonique, qui a pour effet de lui faire prendre du poids, et au premier jour où nous avons l'occasion de l'examiner, en octobre 1924, il pèse 84 k. 200.

C'est un homme robuste, bien constitué, dont l'examen clinique est entièrement négatif; on ne peut en particulier noter la moindre anomalie dans la respiration des deux poumons et on comprend ainsi l'affirmation donnée que le diagnostic de tuberculose ne puisse se soutenir. Seul l'examen radiologique fait faire le diagnostic et montre de suite la cause de la toux dans une masse volumineuse, développée au sein du lobe inférieur du poumon droit. Il y a là une masse opaque du volume du poing, de contours assez arrondis, mais que la radiographie montre irrégulièrement circulaires; on note de plus que la densité d'ombre de cette masse est un peu inégale suivant les zones. L'idée de tumeur vient donc de suite à l'esprit, seules sa nature exacte et son origine restent à discuter.

Par un hasard heureux, en novembre 1924, trois semaines après le premier examen, le malade rejette, dans une quinte de toux, quelques caillots sanguinolents qui sont apportés par la femme du malade; on y découvre une petite partie solide qui est immédiatement confiée au Docteur Devuns pour un

examen, lequel se trouve être une véritable biopsie permettant de fixer de suite le diagnostic.

Les frottis pratiqués avec ce fragment sanguinolent ne montrent, en premier lieu, pas de crochets d'échinocoques; le diagnostic de kyste déjà écarté se trouve donc entièrement éliminé; on ne trouve pas de bacilles de Kock, et seulement des microbes banaux; mais on y découvre quelques cellules volumineuses, avec un noyau fondé, parfois fragmenté ou multiple, qui peuvent être des cellules néoplastiques; la coupe du fragment qui y est pratiquée les jours suivants, lève tous les doutes.

On y aperçoit, en effet, des éléments néoplasiques certains; certaines zones sont formées de cellules claires, volumineuses, mais de dimensions variant du simple au triple, à noyau peu volumineux moyennement coloré et sans atypies, cellules accolées sans interposition de tissu conjonctif, d'autres zones en bordure des précédentes sont formées de minces villosités, revêtue d'une seule couche de cellules semblables aux précédentes, avec quelquefois une cellule géante plasmodiale à noyaux multiples. Ces villosités baignent dans des nappes sanguines où flottent des cellules analogues isolées.

Il s'agit là, suivant l'avis du Docteur Devuns, d'un néoplasme secondaire dont le point de départ semble devoir être cherché par ordre de probabilité décroissante au niveau du testicule, du rein (tumeur dite hypernéphrome) et du corps thyroïde. En fait, les examens négatifs pratiqués après cette indication, des testicules et des deux reins, et la notion des antécédents du sujet permettent de fixer entièrement sur son affection; il est porteur d'un cancer du poumon secondaire à sa tumeur thyroïdienne opérée pour la première fois en 1918, six ans auparavant.

Ce diagnostic, qui est ainsi révélé avec une certitude absolue, et tout à fait indiscutable, est cependant à peine croyable, tellement la conservation de l'état général est parfaite, alors que toute idée d'évolution cancéreuse, et qui plus est de généralisation d'une tumeur maligne, va de pair avec une cachexie progressive. Aussi le malade est-il suivi avec attention.

L'année suivante, il est à plusieurs reprises ausculté et radioscopé; l'auscultation ne donne toujours rien, mais la radioscopie montre une augmentation régulière de la tumeur

reconnue; elle atteint en dehors la paroi thoracique; en bas elle touche le diaphragme, laissant seulement le sinus libre; il n'y a pas de douleurs, pas de nouveaux symptômes fonctionnels, que la toux, toujours incessante, quinteuse, et même émétisante par moments; enfin le malade maigrit un peu et commence à avoir de la dyspnée d'effort.

A cette époque, la famille du malade demande qu'il soit soumis à un examen radiothérapique qui reste sans effet; on ne note qu'un amaigrissement qui est assez rapide (de 84, le poids est tombé à 74 kil. en juillet 1925). Les signes généraux et fonctionnels ne sont nullement modifiés.

En 1926, seulement la cachexie s'installe, et elle fait des progrès extrêmement rapides; à ce moment, un examen radioscopique montre que le champ pulmonaire est entièrement opaque du haut en bas, sans aucun signe d'épanchement du reste; le poumon droit est mat du sommet à la base et d'une obscurité respiratoire complète. Décès quelques mois après cet examen.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XII

(Obligamment communiquée par le Docteur Bernard)

Tumeur du lobe supérieur gauche ayant, pendant les premiers mois de son évolution, donné l'impression d'une ectasie aortique. Envahissement progressif du lobe supérieur gauche.

Paraplégie spasmodique par une métastase vertébrale.

Le malade est entré à l'hôpital en raison de douleurs dans la partie supérieure du thorax à gauche; il ne tousse pas et n'offre pas de troubles marqués de l'état général. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien de spécial.

On a, à l'écran, la surprise d'apercevoir une grosse masse très obscure contre le bord gauche de la crosse aortique dont les contours sont nets et précis, assez régulièrement arrondis; on ne voit pas de battements, mais cette ombre se continue d'une telle manière avec la crosse, que l'idée d'ectasie réexaminé après cette constatation ne présente pas de nouveaux signes objectifs; on ne peut déceler de signes cliniques de

l'ectasie soupçonnée; pas de battements au-dessus de la fourchette, pas de voussure, pas de souffle, pas d'inégalité pupillaire. Rien non plus au point de vue pulmonaire ; aucun râle, pas de toux, pas de dyspnée.

Séro réaction de Wasserman : négative.

Le malade se plaignant avec insistance de points douloureux, on recherche radiologiquement des signes de mal de Pott, mais tous les examens de la colonne restent négatifs et ne montrent que l'ombre déjà reconnue. De temps à autre, les auscultations permettent de percevoir quelques râles sous-crépitants fins après la toux contre la colonne à gauche.

Dans la suite, le malade qui avait quitté le service et essayé de reprendre son travail, dut se faire hospitaliser à nouveau, se plaignant toujours de douleurs thoraciques, irradiées même dans le membre supérieur gauche; il a en plus de la dysphagie, éprouvé une dyspnée d'effort notable, mais tousse peu et n'a toujours pas d'expectoration. Enfin l'état général est nettement altéré.

L'ombre radioscopique relevée lors du précédent séjour est retrouvée, mais notablement augmentée, et elle atteint en dehors le bord axillaire. En bas, elle paraît déborder la ligne de la scissure interlobaire et offre un contour très net assez régulièrement arrondi: il n'y a toujours pas de battements visibles; pas le moindre signe d'ectasie à l'auscultation, pas d'inégalité des pouls radiaux. Plusieurs ponctions sont faites dans la région de l'ombre aperçue, mais elles restent blanches.

Quelques semaines plus tard, on a la surprise de trouver le malade qui, depuis deux jours, se plaignait de dysurie, en état de paraplégie spasmodique: rétention vésicale complète, signe de Babinsky, trépidation épileptoïde, exagération des réflexes; l'anesthésie remonte à deux travers de doigt au-dessous de la ligne mamelonnaire.

Décès, 2 mois 1/2 après la constitution de cette paraplégie.

L'autopsie montre une volumineuse tumeur du lobe supérieur gauche; il n'y a pas d'ectasie. Quant à la paraplégie, elle a son origine dans une métastase vertébrale à la partie supérieure de la colonne dorsale,

OBSERVATION XIII

Etat cachectique avec signes fonctionnels d'une pneumopathie chronique supposée être une tuberculose pulmonaire. Dysphagie progressive estimée en relation avec une tumeur de la luette, qui est enlevée par un laryngologiste. Persistance de la dysphagie que l'écran montre en rapport avec une tumeur du médiastin propagée au poumon gauche. Compression du récurrent gauche. Hémoptysie.

Cha..., 60 ans.

Le malade nous a été adressé en novembre 1924 par le Docteur Bardin, de Rive-de-Gier.

C'était un homme de 60 ans, ayant exercé la profession de verrier, mais exerçant un métier sédentaire depuis plus de 10 ans. Son état était dominé par une perte de forces et un amaigrissement progressif dont le début pouvait remonter à 6 mois; à ce moment, il avait toussé et s'était fait examiner par plusieurs médecins qui n'avaient pas relevé de signes nets et n'avaient parlé que d'emphysème.

En juin apparut une dysphagie qui motiva un examen de la gorge et l'ablation d'une tumeur de la luette. Le Docteur Lamothe, à qui le malade s'était confié voulut bien nous donner des renseignements sur les données de son examen et son intervention: le malade présentait une volumineuse tumeur de la luette, ulcéro-végétante et d'aspect épithéliomateux; cette tumeur fut enlevée à l'anse froide en juillet 1924. Pas d'examen histologique.

La dysphagie ne fut pas très améliorée par cette ablation; en août, le malade a une hémoptysie importante et vers la même époque la voix devient couverte.

Au moment de l'examen, n'était cette histoire de tumeur de la luette, l'ensemble des troubles généraux et des symptômes fonctionnels pouvait très bien orienter vers la tuberculose: l'amaigrissement progressif et la perte rapide des forces, l'hémoptysie, la toux déjà ancienne, la dysphagie associée à la voix éteinte, suggéraient assez l'idée d'une tuberculose pulmonaire et laryngée.

Mais l'examen du thorax ne donnait pas le moindre signe de tuberculose; l'analyse des crachats ne montra pas de bacil-

les de Koch; la voix couverte se révéla être une voix bitonale par paralysie de la corde gauche et il n'y avait aucune lésion inflammatoire sur le larynx, ni rien du reste dans l'examen de la gorge, qui explique la dysphagie.

Le diagnostic fut fait par l'examen à l'écran qui montra que tout se résumait en une évolution néoplasique, comme l'histoire de l'intervention récente sur la gorge pouvait le donner à penser: on ne trouvait aux poumons que des arborisations hilaires fortement accentuées, mais sans aucune lésion bacillaire; l'ombre médiane était très élargie et, à gauche, notamment, s'apercevait une saillie considérable en dehors de la crosse. L'hypothèse d'ectasie était défendable au premier abord, mais cette masse ne présentait pas de battements, ses contours étaient moins réguliers que ceux d'une ectasie; on ne trouvait aucun souffle à l'auscultation de la région, et les antécédents, comme les symptômes généraux, l'amaigrissement, la perte des forces, aussi bien que les symptômes fonctionnels, la toux, l'expectoration et les hémoptysies, militaient fortement en faveur d'une tumeur du médiastin propagée au poumon gauche.

L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION XIV

Volumineuse tumeur du médiastin avec paralysie du récurrent gauche; généralisation de la tumeur au lobe inférieur droit.

Lec..., 65 ans.

Le malade nous a été montré en mars 1927 par son médecin traitant, le Docteur Mallet, qui le suivait depuis deux ans; à cette époque, il avait dû consulter pour une voix couverte apparue depuis peu, et un examen laryngoscopique pratiqué par le Docteur Lamothe avait révélé l'existence d'une paralysie laryngée. Sur cette constatation, on avait procédé à un examen radioscopique qui avait montré une ombre anormale faisant saillie sur le côté gauche de la crosse et dont l'absence de battements avait été la seule raison de ne pas l'interpréter comme une ectasie. A cette époque, on notait déjà une certaine altération de l'état général; celui-ci ne fit que périlcliter progressivement, et, au moment de l'examen, deux ans après le début, aboutissait à une cachexie profonde.

Depuis plusieurs mois était apparue une toux de plus en plus marquée et des douleurs au niveau de la base droite; l'examen donnait à cette base une matité complète ne tournant pas en avant cependant, mais suggérant par son importance l'idée d'un épanchement; plusieurs ponctions furent faites, dont une par nous-même, lors de l'examen, et restèrent négatives. Dans toute la zone mate on percevait un gros souffle de tonalité bronchique avec quelques râles fins après la toux seulement.

L'examen radioscopique montra, en premier lieu, une tumeur du médiastin sous forme d'une masse arrondie du volume d'une pomme non animée de battements, collés sur le côté gauche de la crosse et obstruant complètement l'espace clair postérieur; tout le lobe inférieur droit était opaque sans ombre extrêmement dense; toutefois, cette opacité étant due à la présence de nombreux noyaux néoplasiques dans le lobe inférieur.

Le malade succomba à la cachexie quelques semaines après cet examen.

Pas d'autopsie.

2° L'ASPECT DE CONDENSATION LOBAIRE. — Cette condensation peut siéger dans un lobe inférieur ou supérieur. Quand elle affecte le lobe supérieur, sa confusion peut être commise avec un bloc anthracosique ou une tuberculose fibreuse anthracosique, comme l'on en voit fréquemment chez les mineurs. La bilatéralité des lésions et leur topographie apicale permettront d'établir un diagnostic ferme. La profession des malades, parfois une bacilloscopie positive, l'asystolie du cœur droit, étape ultime et fréquente de l'évolution morbide, fixeront les idées dans les cas douteux.

La lobite tuberculeuse peut donner radiologiquement une condensation analogue, la clinique seule peut trancher le différend (âge, bacilloscopie).

En dernier lieu, le diagnostic peut se poser avec une image de pneumopathie syphilitique ou d'un processus lobaire gangréneux. Nous en avons observé plusieurs cas, comme pour la tuberculose, la radiologie seule est impuissante à établir un diagnostic. Pour éviter les redites, nous renvoyons le lecteur à notre premier groupe, où il trouvera les éléments de différenciation de ces pneumopathies.

Une condensation lobaire inférieure avec limite convexe en haut n'imposera pas le diagnostic de collection sous-diaphragmatique. On évitera l'erreur qui consisterait à prendre la limite supérieure de la tumeur pulmonaire ou pleurale pour le diaphragme, en observant qu'à sa partie interne, elle se relève de bas en haut et de dehors en dedans vers le médiastin.

OBSERVATION XV

Cancer du poumon (lobe supérieur gauche), par propagation d'une tumeur du médiastin; mort par hémoptysie.

JoJu... Louis, 53 ans.

Le malade est envoyé à l'hôpital en novembre 1925, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire intéressant le sommet gauche.

C'est un mineur dont l'état général s'est altéré depuis dix-huit mois, et chez qui la perte progressive des forces est allée de pair avec une toux pénible, quinteuse, d'autant plus surprenante que le malade n'était guère sujet aux bronchites dans le passé. Une hémoptysie est apparue pour la première fois 15 jours avant l'entrée à l'hôpital, elle est restée peu importante; l'expectoration est très abondante et très purulente.

L'examen donne au sommet gauche des signes de densification très marqués: matité absolue et résistance au doigt dans la sus-épineuse et les premiers espaces en avant, et dans toute cette zone, une obscurité respiratoire absolue avec retentissement de la voix.

L'idée de tuberculose, étant donnés ces signes et les anamnestiques, était donc logique : mais toutes les analyses de l'expectoration restèrent négatives, même avec homogénéisation. De plus, le malade se plaignait avec insistance de points douloureux violents dans la partie supérieure du dos, à tel point qu'une radiographie de la colonne fut faite en vue de déceler un mal de Pott latent: elle resta négative.

Quant à l'examen radiologique du thorax, il montra une masse très opaque de contours irréguliers occupant la moitié supérieure du poumon gauche; le sommet droit était absolument normal et bien transparent.

En raison de la densité de l'ombre radiologique, de l'absence de bacilles, de l'unilatéralité de la lésion, l'idée de néoplasme vint à l'esprit, mais rien dans l'examen clinique ne permit de la confirmer avec certitude; notamment, on rechercha avec soin des signes de compression médiastinale, qui firent toujours défaut.

Après un mois de séjour dans le service, le malade, qui restait dans un état très précaire, eut une hémoptysie assez importante et succomba brusquement au cours de celle-ci.

L'autopsie montra effectivement une tumeur; le cadavre était très anémié, donnant bien l'impression que la cause de la mort brusque était dans l'hémorragie terminale; après avoir enlevé le plastron sterno-costal, on découvre une volumineuse tumeur du médiastin infiltrant par propagation le lobe supérieur gauche en entier; ce dernier est farci de noyaux confluents de teinte blanchâtre, séparés par des bandes fibreuses, sans qu'il soit possible de retrouver en aucun point de tissu pulmonaire normal. Au sein de ces masses cancéreuses, dont quelques-unes sont plus ou moins ramollies, on trouve facilement le point qui a donné naissance à l'hémorragie. Le poumon opposé est entièrement normal et ne présente pas la moindre lésion tuberculeuse; enfin, malgré le séjour prolongé que le sujet a fait à la mine, on ne trouve pas, dans les parties saines des deux poumons, d'anthracose appréciable. Il n'y a même pas de sclérose notable.

Au foie, on trouve des noyaux néoplasiques multiples de volume variable: aucune généralisation aux autres organes.

OBSERVATION XVI

(Obligamment communiquée par M. le Docteur BÉRARD)..

Néoplasme du poumon droit; pleurésie purulente au cours de l'évolution, qui est suivie pendant plus de deux ans.

Cha... Jean-Claude, 52 ans.

Le malade avait consulté pour un affaiblissement général avec de la toux et une oppression progressive, et pour ce motif avait été jugé atteint de cardiopathie: mais l'examen clinique ne révélait rien au cœur et on notait seulement une submatité très marquée à droite, principalement en avant, avec respiration soufflante.

L'examen radioscopique montre, à ce moment, une opacité assez dense du lobe supérieur du poumon droit, limitée nettement à l'interlobe et offrant l'aspect habituel bien connu de la lobite supérieure droite: mais les examens répétés de l'expectoration restent négatifs; entre temps, se produit une hémoptysie assez importante.

Ces constatations orientent, dès ce moment, vers l'idée de néoplasme pulmonaire, malgré l'absence de cachexie et ce diagnostic est formulé nettement comme un des plus probables si les examens répétés de l'expectoration restent toujours négatifs, ce qui fut le cas (Docteur Croizier).

Perdu de vue pendant un an, le malade revient dans le service avec des douleurs du côté droit, ayant toujours été malade depuis sa sortie de l'hôpital et ayant eu de fréquentes hémoptysies. Fait important, il avait présenté les mois précédents des signes de pleurésie que la ponction exploratrice montra purulente, et cet épanchement récidivant après deux ponctions évacuatrices d'un litre chacune, le malade fut adressé à un chirurgien qui, sans rien connaître du passé du sujet et du diagnostic posé, fit une pleurotomie: cette pleurésie guérit parfaitement bien et la plaie opératoire se cicatriza très simplement dans les délais normaux. A noter que, pendant la surveillance chirurgicale dont il fut l'objet, le malade présenta de l'œdème des deux membres supérieurs pendant un mois, qui rétrocéda spontanément.

A son arrivée à l'hôpital, lors de son second séjour, le malade accuse une dyspnée vive à l'effort, la toux est fréquente, l'expectoration muco-purulente, toujours sans bacilles. On note un certain degré de bouffissure de la face, une turgesc-

cence très accusée des jugulaires et un réseau veineux superficiel sur le côté droit du thorax fait de grosses veines sinueuses; ces données montrant l'existence d'une compression de la veine cave supérieure confirment autant que les données cliniques, radiologiques et bactériologiques dans l'idée de néoplasme, diagnostic qui est donc fermement posé. On trouve en effet à l'auscultation une matité extrêmement intense sous la clavicule, avec un souffle et des râles humides à grosses bulles. Quant à l'examen radioscopique, il montre une opacité dense uniforme de tout l'hémithorax droit.

La suite de l'évolution fut marquée par les progrès de la cachexie et l'extension des signes de compression de la veine cave, l'œdème des avant-bras et des mains étant reparu comme il avait été noté dans le service de chirurgie.

L'autopsie montra un cancer du poumon droit, sous forme d'une volumineuse tumeur lardacée et ferme à la coupe, développée principalement à la partie moyenne du poumon droit; dans les parties plus éloignées du hile, on trouve de volumineux noyaux néoplasiques séparés par des bandes irrégulières de tissu pulmonaire normal encore reconnaissable par places. La plèvre est partout fortement symphysée.

Le poumon gauche était normal. Cœur: symphyse, péricardique lâche. Foie muscade sans noyaux cancéreux.

L'examen histologique de la tumeur montre dans tous les fragments examinés des éléments néoplasiques nécrosés pour la plupart; dans les parties les mieux conservées, on reconnaît un épithélioma rappelant les épithéliomas basocellulaires cutanés en lobes arrondis contigus sans monstruosité et avec peu de figures de division. Il s'agit, d'après le Docteur Devuns, d'un épithélioma à point de départ pulmonaire ou bronchique, mais on ne peut, dans les fragments envoyés, trouver de points de transition qui permettent de préciser l'une ou l'autre de ces deux provenances.

OBSERVATION XVII

Signes cliniques et radiologiques d'un bloc massif du lobe inférieur droit; cachexie progressive et rapide; expectoration purulente abondante sans bacilles: hémoptysies répétées; mort dans la cachexie.

Bou..., 67 ans.

M. B... nous est montré en février 1924 par son médecin

traitant qu'il a dû consulter peu auparavant pour des troubles de l'état général et une dyspnée progressive.

C'est un homme de 67 ans, très robuste, s'occupant activement de son industrie, menant une vie très active jusqu'en ces derniers temps, chassant, etc., et chez qui les premiers malaises remontent à 3 ou 4 mois au plus; lors de la première consultation demandée, sa dyspnée d'effort à son arrivée dans le cabinet de son médecin était telle que l'idée vint tout de suite à celui-ci qu'il s'agissait d'un état cardiaque; cependant, l'examen du cœur ne révèle aucune anomalie, pas de souffles, pas de troubles du rythme, pas de modifications de la tension qui est plutôt basse. L'auscultation des poumons ne révèle, à ce moment, rien de spécial et le malade est mis simplement au repos, avec un traitement tonique, et il est, en plus, invité à se faire examiner à l'écran, ceci surtout en vue de l'établissement d'un ortho-diagramme du cœur.

Cet examen radioscopique amène une découverte singulière: le cœur, en premier lieu, est absolument normal dans ses contours, mais on aperçoit une ombre anormale dans le champ pulmonaire droit: il s'agit d'une tache très opaque située en dehors du hile du poumon droit, et un peu au-dessous de lui, assez volumineuse et de laquelle partent des traçées grisâtres irrégulières dans plusieurs directions, s'étendant en dehors vers le bord externe du poumon. De plus, la mobilité du diaphragme droit est très diminué.

Il n'est pas donné d'interprétation de l'ombre radiologique aperçue.

Cependant, l'attention attirée sur cette ombre a fait reprendre avec plus de soin l'auscultation de la base droite où tout d'abord aucun bruit n'a été perçu, et ce n'est que peu après que des râles sous-crépitaux sont apparus, en même temps qu'un peu d'expectoration. Enfin, la température a été observée et a été trouvée très haute, atteignant et dépassant 39°.

Au moment de notre examen (février 1924), on ne trouve, à la base droite, que des râles sous-crépitaux, disséminés, sans caractères; pas de souffle, pas de matité; l'oppression est modérée, la fièvre constante. Une analyse bactériologique avec homogénéisation n'a pas amené la découverte de bacilles de Koch. Rien au cœur, pas de gros foie, pas d'albumine.

Dans la suite, l'état général ne fait que décliner et l'amaigrissement, ainsi que la perte des forces font de rapides progrès; les signes de la base droite se modifient peu à peu et on voit apparaître une matité importante de la base, tournant en dehors, si bien que le malade étant montré en consultation au Docteur Gallavardin, ce dernier fait une ponction exploratrice pour éliminer l'idée d'épanchement — ponction négative en effet — et le premier parle de la probabilité d'un néoplasme pulmonaire.

A ce moment (juin 1924), les caractères de l'ombre radiologique ont changé complètement: au lieu de la masse opaque située en dehors du hile droit, on ne trouve plus qu'une opacité massive extrêmement dense de tout le lobe inférieur; cette opacité est limitée exactement à la scissure interlobaire séparant le lobe inférieur du lobe moyen, suivant une ligne oblique en bas et en dehors, légèrement sinueuse; la matité est absolue avec une obscurité complète dans toute cette zone. L'expectoration, qui est purulente, a notablement augmenté de quantité; elle est faite de gros crachats nummulaires pour lesquels de multiples analyses avec homogénéisation ont été demandées (plus de 20): toutes sont restées négatives.

En juillet, de très abondantes hémoptysies affaiblissent encore le malade, dont l'évolution se poursuit sans arrêt, avec une fièvre toujours irrégulière et assez haute. L'état général décline de plus en plus, la cachexie s'installe et le malade succombe en octobre 1924, environ un an après l'apparition des premiers troubles de l'état général.

L'autopsie n'a pu être faite; le diagnostic le plus plausible en présence d'une pareille évolution est celui de cancer du poumon; l'absence répétée de bacilles dans l'expectoration permet d'éliminer l'idée d'une évolution tuberculeuse, qui a déjà contre elle les caractères un peu anormaux des ombres radiologiques aperçues au début de la maladie. Plus tard, on aurait pu, en présence de l'expectoration purulente et des hémoptysies, penser à un processus de dilatations bronchiques, mais, en plus de l'absence d'anamnétiques permettant d'orienter le diagnostic de ce côté, l'importance si rapidement croissante des troubles généraux et surtout les constatations radiologiques, ne permettaient pas de soutenir cette hypothèse. Celle d'une pneumopathie de nature syphilitique

fut même discutée, rendue du reste fort improbable par l'aspect de la lésion; un WR resté négatif, le complet insuccès d'une tentative de traitement spécifique l'ont également fait abandonner, si bien que, finalement, c'est à l'idée de cancer pulmonaire qu'il convient de se rallier.

OBSERVATION XVIII

*Signes cliniques et radiologiques d'un bloc dense du lobe
....supérieur droit; hémoptysies. Cancer supposé probable
en raison de l'absence de bacilles et de l'apparition d'un
œdème en pèlerine par compression de la veine cave
supérieure.*

Suc... Marie, 47 ans.

La malade entre à l'hôpital en mai 1921 pour une toux accompagnée d'expectoration, parfois d'hémoptysies, d'une oppression progressive et d'une altération marquée de l'état général.

Elle n'a aucun antécédent spécial et les malaises actuels remontent à peu près à une année ; la fièvre est constante et très irrégulière dans son intensité, de 38° à 39° et au-dessus; la toux et l'expectoration sont relativement peu importantes.

L'examen donne principalement des signes de densification extrême du lobe supérieur droit: matité absolue et résistance au doigt, souffle très intense de tonalité bronchique, pectoriloquie très marquée. Ces signes sont perçus dans la sus-épineuse, la partie supérieure de la sous-épineuse, l'aisselle, et en avant dans les deux premiers espaces: l'importance de la matité en avant paraît même exceptionnelle.

Le poumon gauche ne présente rien de spécial.

L'examen radiologique confirme simplement les données de l'auscultation et montre un lobe supérieur droit entièrement opaque, d'une opacité intense et maxima, uniforme du reste, et limitée nettement à la scissure interlobaire.

A ce moment de l'examen, le diagnostic aurait pu être celui de « lobite supérieure droite », et c'est, en effet, celui qui est d'abord porté; mais, premier fait anormal, toutes les analyses de l'expectoration reviennent négatives; en second lieu, dans le cours du mois suivant, apparaît un œdème en pèlerine progressif: celui-ci débute au niveau du membre supérieur droit, infiltre le dos de la main, le côté interne du bras,

gagne la paroi thoracique, et, en même temps, le membre supérieur opposé; les jugulaires sont très distendues.

L'examen radioscopique ne montre rien de plus que la première fois et donne toujours la même capacité limitée au lobe supérieur droit; mais les signes cliniques notés, en raison de l'absence de bacilles et des signes de compression de la veine cave supérieure, font faire le diagnostic de néoplasme du poumon; malheureusement, la malade quitte brusquement le service à ce moment et ce diagnostic ne put être vérifié.

3° FORME MASSIVE TOTALE (forme pleurale et broncho-pulmonaire de Barjon). — Cette obscurité diffuse et totale de tout un poumon doit faire penser à trois affections.

D'abord, à un *épanchement pleural*. L'absence ou le refoulement modéré du cœur ou du médiastin sont plutôt le fait du cancer du poumon. En effet, un épanchement qui donnerait une telle opacité de tout un hémithorax s'accompagnerait d'un gros refoulement médiastinal et cardiaque. Enfin, l'épreuve de la ponction exploratrice est décisive. La *tuberculose pulmonaire massive* unilatérale peut être d'une interprétation difficile par la seule radioscopie. La bacilloscopie, l'âge, les signes d'imprégnation bacillaire, la dyspnée moins accusée et moins paroxystique signeront le diagnostic de tuberculose.

On peut songer également à une *symphyse pleurale*, avec grosses pachypleurite. L'obscurité n'est pas aussi prononcée. Les antécédents, les signes physiques, l'évolution ne sont pas les mêmes.

OBSERVATION XIX

(Obligemment communiquée par M. le Docteur BÉRARD)

Néoplasme du poumon droit, peut-être consécutif à un sarcome du membre inférieur ayant nécessité l'amputation. Pleurésie symptomatique. Evacuation par vomique de collections purulentes développées au sein du néoplasme.

Pel... Joséphine, 56 ans.

La malade a été amputée huit ans auparavant de la jambe droite, mais ne peut donner de renseignements précis sur l'état qu'elle présentait et les raisons de cette intervention.

Depuis un mois avant son entrée à l'hôpital, la malade tousait et crachait et ayant eu de la température assez élevée, fut estimée atteinte d'une pneumopathie aiguë; l'apparition dans la suite d'un épanchement pleural paraissait en rapport très simple avec cette affection.

A l'entrée, on constatait une matité franche de tout l'hémithorax droit. Il existe à la base des signes liquidien et du reste une ponction exploratrice faite chez la malade avait retiré quelques gouttes de liquide citrin; cette ponction fut refaite et ramena du liquide très hématique.

Peu après son entrée dans le service, la malade eut brusquement une vomique d'un liquide fétide, purulent, de couleur un peu chocolat, et la température, à grandes oscillations qu'elle avait ces derniers jours, tomba rapidement à la suite de cette vomique; celle-ci s'est, du reste, renouvelée, sans que les signes pulmonaires aient varié et sans qu'on puisse trouver de signes cavitaires.

L'examen radiologique montre une opacité massive totale de la totalité de l'hémithorax droit.

Le diagnostic clinique qui paraît probable est celui de néoplasme du poumon, peut-être consécutif à l'affection qui nécessita l'amputation du membre inférieur; les troubles de l'état général, l'amaigrissement progressif, le teint jaune paille confirment cette impression.

La malade mourut dans la cachexie.

L'autopsie confirma pleinement le diagnostic supposé: on trouve une tumeur encéphaloïde occupant les deux tiers du poumon droit; le sommet est très adhérent. On trouve une grande quantité de liquide citrin dans la plèvre.

A la coupe, on trouve au centre du lobe supérieur une cavité anfractueuse développée au sein de la tumeur; elle contient un peu de pus couleur chocolat pareil à l'expectoration de la malade.

On trouve aussi une symphyse péricardique et un gros foie cardiaque.

OBSERVATION XX

(Obligéamment communiqué par M. le Docteur BÉRARD)

Néoplasme du poumon gauche; pleurésie hémorragique symptomatique. Cachexie et hémoptysies.

Bus... Marcellin, 62 ans.

Le malade est envoyé à l'hôpital pour une affection pulmonaire, mal définie; ses symptômes, toutefois, par l'affaiblissement de l'état général qu'elle détermine, par les hémoptysies qui en ont marqué l'évolution, font, de prime abord, supposer une atteinte tuberculeuse. Cependant, le début, relativement récent de cette évolution, qui ne remonte qu'à deux mois et demi et la rapidité avec laquelle l'état est devenu presque cachectique, alors que le sujet n'était pas un tousseur habituel, font faire des réserves.

Les premières constatations cliniques écartent de l'idée de tuberculose et font trouver à gauche une matité très importante, de toute la hauteur, tellement intense en avant dans les premiers espaces que l'idée de néoplasme vient tout de suite à l'esprit; à l'auscultation, l'obscurité est totale sans souffle. Le poumon droit est normal.

Il est fait de suite, à la base gauche, une ponction exploratrice qui ramène un liquide roussâtre collecté probablement en lame mince, et dont l'examen cytologique donne les résultats suivants (Docteur Devuns): les éléments sont assez nombreux et se composent de polynucléaires et lymphocytes à égalité pour les quatre cinquièmes; le cinquième restant est constitué par des cellules pleurales, les unes, du reste les moins nombreuses, normales; les autres, très volumineuses avec un très gros noyau; ou bien 1, 2 ou même 3 noyaux irréguliers. Parmi ces cellules, on en trouve de temps en temps, qui sont tatouées de pigment noir à gros grains; ces cellules pigmentées sont ou bien des cellules endothéliales un peu volumineuse, ou encore des cellules à monstruosité,

Quelques-unes ont une certaine analogie avec les cellules à poussières des crachats. Il s'agit de façon presque certaine de métastase néoplasique, et, probablement, de néplasme mélanique.

A cet égard, l'examen clinique ne permettait de relever dans le passé du sujet qu'une histoire de traumatisme qui aurait pu être une fracture spontanée de l'extrémité supérieure du fémur, survenue il y a quatre ans; le malade était tombé de sa hauteur et avait été opéré sous anesthésie locale mais il ne pouvait donner aucun renseignement précis: l'examen de la région de l'articulation coxo-fémorale gauche montrant une tuméfaction importante, on pouvait se demander s'il n'y avait pas là un ostéosarcome responsable de la fracture spontanée antérieure, et dont la tumeur secondaire du poumon serait une métastase. Mais l'examen radiologique de la région ne permit pas d'appuyer cette hypothèse et ne montre que des lésions d'ostéo-arthrite ancienne avec luxation en haut de la tête fémorale.

Les analyses bactériologiques de l'expectoration ne montrèrent pas de bacilles de Koch, et seulement une flore microbienne abondante banale, sans prédominance: pneumocoques et pneumobacilles, streptocoques, colibacilles, tétrades Gram positif. Rien de caractéristique en somme au point de vue néoplasme.

L'examen radioscopique montra une opacité massive, intense, de tout l'hémithorax gauche, du sommet à la base, masquant les contours du cœur et du diaphragme.

Le malade, dont l'état était très précaire et qui resta assez fortement fébrile pendant tout son séjour à l'hôpital succomba aux progrès de la cachexie.

L'autopsie montra, en plus de l'épanchement pleural déjà reconnu un état assez spécial du poumon gauche sur lequel il était fort difficile de mettre une étiquette précise: le poumon était densifié dans toute sa masse d'une façon à peu près uniforme; on ne trouvait pas de masses cancéreuses infiltrant l'organe et laissant entre elles les parties de tissu normal, tout le parenchyme étant intéressé. Cet aspect ressemblait donc plus ou moins à celui d'une hépatisation et la consistance du poumon, très ferme, ne crépitant pas, dont les fragments plongeaient au fond de l'eau, ne pouvait être comparée qu'à un processus de cette nature; mais, cependant, en dépit d'une

cadavérisation assez avancée de l'organe, on se rendait compte aisément qu'il ne s'agissait pas d'une hépatisation véritable, la coloration du parenchyme où s'apercevaient des îlots grisâtres n'étant ni celle d'une hépatisation grise classique, ni d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

L'examen histologique permit seul de fixer les idées et de confirmer le diagnostic de néoplasme pulmonaire.

Un fragment de la base du poumon gauche examiné histologiquement est trouvé presque entièrement œdémateux, mais la pulpe acidophile qui remplit presque tous les alvéoles est reconnaissable dans les points où elle est moins nécrosée, et avec toutes les transitions, en des noyaux régulièrement arrondis, un peu plus gros que celui d'un lymphocyte et devenu plus ou moins acidophile postérieure.

Un autre fragment prélevé à la base du lobe supérieur gauche présente des lésions pneumoniques étendues au stade de coagulation et de liquéfaction de la fibrine dans l'intérieur des alvéoles, mais sans suppuration. Dans ces lésions, tranchent nettement des îlots lymphocytomateux de dimensions variables; certains atteignent le volume d'une quinzaine d'alvéoles. Ces îlots sont peu ou pas lobulés par du tissu conjonctif, qui, lorsqu'il existe, est disposé sous forme de très rares fibrilles conjonctives. A côté de ces îlots situés en plein parenchyme, on en trouve d'autres tout pareils, qui sont comme encastrés dans des cloisons scléreuses épaisses; ils sont au contact immédiat du tissu scléreux sans modification de celui-ci, sans non plus qu'on y trouve d'endothélium, et que l'on puisse affirmer qu'il s'agit de canaux lymphatiques dilatés.

Un ganglion médiastinal est également examiné: il est très cadavérisé mais est manifestement homogénéisé; aucun centre germinatif n'y existe et il est totalement envahi par une masse de cellules analogues aux précédentes, très peu cloisonnées de fines travées conjonctives.

D'après le Docteur Devuns, il s'agit très probablement d'un lymphocytome à point de départ indéterminé; malgré une cadavérisation favorisée par la chaleur et un processus pneumonique coexistant, ses caractères sont encore nettement reconnaissables: nappes diffuses de cellules, particulièrement serrées les unes contre les autres, à noyau rond et régulier occupant presque toute la cellule, lobulation par un fin réti-

culum conjonctif, ici, particulièrement délié. Cet aspect ne semble pas pouvoir avoir été simulé par la nécrose d'une tumeur autre.

OBSERVATION XXI

Signes cliniques et radiologiques d'une densification massive du poumon gauche: cancer du poumon, supposé probable en raison des analyses répétées de l'expectoration et de l'apparition d'une dysphagie par compression œsophagienne.

Mme Mon... Marguerite, 42 ans.

Nous est adressée par le Docteur Thezenas en août 1926 pour une indication éventuelle de pneumothorax.

Son âge est de 42 ans; son mari est mort accidentellement, elle a une fille de 20 ans en bonne santé.

Le début de l'affection remonte à un an environ; à cette époque, la malade perdit ses forces, s'amaigrit, se mit à tousser et eut même quelques crachats hémoptoïques; elle vit à ce moment le Docteur Thezenas, qui ne trouva rien à l'examen et prescrivit quelques toniques.

Cependant, l'état général ne fit que décliner; en février apparut une oppression de plus en plus marquée, de la fièvre, et la malade dut se mettre au repos complet. Le Docteur Thezenas qui la revit ces jours-ci fut surpris du changement noté à l'auscultation du poumon gauche qui lui a donné à penser qu'on pouvait se trouver en présence d'une tuberculose active.

L'examen montrait, en effet, à gauche, une matité absolue de bois, de toute la hauteur avec forte résistance au doigt; à la base, l'obscurité était très marquée; dans la 1/2 sup. on trouvait un souffle bronchique intense avec quelques râles sous-crépitaux irréguliers en avant. Rien au côté droit.

La malade avait tous les soirs de 38°5 à 39°; elle était très amaigrie, de teint jaune, un peu terreux.

L'examen radiologique montra une opacité complète, massive de la totalité de l'hémithorax gauche, du sommet à la base, et telle que les contours du cœur étaient totalement invisibles. Une ponction exploratrice fut faite à la base, mais resta négative et pénétra dans un bloc dense excessivement dur,

A ce moment, le diagnostic pouvait hésiter entre pneumonie caséuse massive et néoplasme du poumon: mais les analyses répétées de l'expectoration restèrent négatives, donnant une très grande probabilité à la seconde hypothèse: celle-ci se confirma dans la suite, car, après quelques mois, apparut une dysphagie progressive par compression œsophagienne.

La malade succomba chez elle dans la cachexie peu après. Pas d'autopsie.

Cancer pleural

En terminant, nous signalons que le cancer de la plèvre, dont plusieurs observations ont été rapportées dans les *Annales de Médecine* (1916), par MM. Pallasse et Roubier, peut donner des images se rattachant aux 3 groupes précédents. Il se présente soit sous forme de tumeur arrondie circonscrite (premier groupe) soit sous forme d'opacité diffuse d'une base ou de tout l'hémithorax (deuxième et troisième groupes). Les symptômes physiques se réduisent à des signes pseudo-liquidiens, avec refoulement et compression des organes voisins. Les ponctions exploratrices sont négatives, on ne ramène qu'un peu de sang (abstraction faite des cas de néoplasie diffuse avec pleurésie symptomatique).

Cliniquement, il est parfois impossible de dire s'il s'agit d'un cancer primitif de la plèvre ou d'un cancer pulmonaire propagé à la plèvre.

Cet aspect radiologique d'opacité totale de l'hémithorax peut être également réalisé par la troisième phase du cancer pleuro-médiastino-pulmonaire de Barjon.

4° FORME MÉDIASTINO-PLEURO-PULMONAIRE. — Voir l'étude de cette forme au chapitre des signes radiologiques du cancer du poumon.

OBSERVATION XXII

Paralysie récurrentielle reconnue depuis plusieurs mois; hémoptysies. Diagnostic radiologique d'une tumeur du médiastin propagée au poumon gauche. Compressions œsophagienne et trachéale terminales.

Lar..., 43 ans.

Le malade est venu nous demander de l'examiner en décembre 1924, parce qu'il avait eu des crachats hémoptoïques et il désirait être radioscopé.

C'était un sujet très robuste, du poids de 98 kilos. Dans ses antécédents se place une singulière histoire de péricardite qui aurait été diagnostiquée à Paris et traitée par des applications de glace. On aurait aussi dit au malade qu'il avait de l'aortite, mais non spécifique, car tous les WR pratiqués ont été négatifs. Un fait aussi très singulier est l'insistance avec laquelle ont été recherchés ces WR, à trois reprises différentes, et la raison qui en est donnée est la recherche des causes d'une paralysie laryngée qui s'est produite brusquement et remonte à quelques mois: à ce moment, la voix prit soudainement les caractères de celle qui est constatée actuellement et qui est nettement bitonale et l'examen laryngologique montra une paralysie de la corde gauche.

Cette histoire de péricardite et d'aortite attire, en raison de la paralysie laryngée, l'attention sur une ectasie possible: mais l'examen clinique reste à cet égard négatif. L'aorte n'est pas perçue derrière le sternum; pas de battements des artères de la base du cou, pas de souffles; tension artérielle normale; rien dans les urines; réflexes rotuliens et pupillaires normaux.

L'auscultation des deux poumons est entièrement négative.

La radioscopie ne montre absolument rien d'anormal aux sommets; le cœur lui-même a ses contours normaux; l'aorte n'est pas grosse et on ne voit pas d'ectasie; l'espace clair postérieur est parfaitement conservé; mais on aperçoit sur le bord gauche du cœur et de l'aorte une masse sombre non ani-

mée de battements dont la présence élargit d'une manière insolite l'ombre médiane; cette masse est très dense, elle envoie dans le champ pulmonaire gauche une sorte de prolongement comparable au schéma ci-contre, et qui est également d'une densité d'ombre extrême.

Éliminant le diagnostic d'ectasie aortique, on est amené à penser à une tumeur médiastino-pulmonaire, et les suites confirmèrent cette hypothèse: le malade n'a pas été revu depuis cet examen, mais on a pu avoir de ses nouvelles et apprendre que l'évolution a été exceptionnellement rapide; la mort est survenue six mois plus tard, avec des symptômes de compression multiples, œsophagienne surtout, et même trachéale sur la fin.

5° IMAGE CAVITAIRE AVEC OU SANS NIVEAU LIQUIDIEN.

— Radiologiquement, elle ressemble beaucoup à des cavernes tuberculeuses, dont on la différenciera par la condensation parenchymateuse autour de la spélélonque, plus accusée lorsqu'il s'agit d'un processus cancéreux. Ce dernier donne, en effet, une opacité assez marquée autour de la cavité hydro-aérique. L'abcès gangréneux du poumon, le pyopneumothorax partiel et la pleurésie enkystée sont presque impossibles radiologiquement à distinguer d'un cancer pulmonaire ramolli. Le clinicien est seul qualifié pour porter un diagnostic. Rappelons que Mlle Cottin, MM. Cramer et Saloz ont rapporté, dans les *Annales de Médecine* de 1920, une observation complexe où un cancer du poumon fut méconnu et pris pour une pleurésie interlobaire. L'autopsie révéla un cancer en voie de ramollissement. On tâchera d'éviter ces erreurs en pratiquant un repérage précis de l'ombre radiologique par rapport aux scissures. Le pyopneumothorax partiel de la grande cavité donne une

image hydro-aérique suspendue et affectant parfois la forme dite (en galet) avec grand axe longitudinal.

OBSERVATION XXIII

(Obligemment communiquée par M. le Docteur BÉRARD)

Cancer du poudon droit avec image radiologique hydro-aérique. Syndrome de compression de la veine cave supérieure.

Pic... Joseph, 38 ans.

Le malade avait été reçu à l'hôpital pour une affection pulmonaire chronique évoluant avec une température élevée; son état général très altéré, la toux, l'expectoration font penser d'abord qu'on a affaire à un cavitaire banal; l'examen du poudon droit frappe du reste par une matité importante du lobe supérieur.

Mais tous les examens de l'expectoration restent négatifs. Et, par ailleurs, on ne trouve à l'auscultation du sommet droit, en plus de la matité reconnue, que de l'obscurité sans aucun râle et contre la colonne un souffle de timbre bronchique aux deux temps.

Le malade est alors radioscopé et on aperçoit à l'écran une opacité massive excessivement dense du lobe supérieur limitée nettement par une ligne franche qui répond vraisemblablement à la ligne interlobaire. Dans cette opacité, on distingue une grande image cavitaire répondant à une perte de substance de volume égal à une grosse noix et au sein de laquelle on voit facilement une ligne de niveau mobile.

L'auscultation refaite soigneusement ne donne pas de nouveaux signes et notamment aucun signe cavitaire; on n'a toujours que des signes de densification, matité, vibrations augmentées, obscurité, aucun râle.

Dans la suite, l'image hydro-aérique aperçue disparut à certains moments. L'état général resta à peu près stationnaire; toutefois, sous l'influence du traitement tonique, le malade prit du poids et en quelques semaines la courbe se relève de près de 5 kilos.

C'est alors qu'on vit apparaître un syndrome de compression de la veine cave supérieure avec gonflement du cou et de la face, turgescence du réseau veineux sous-cutané; on fit

une ponction exploratrice en pleine matité, qui ramena un liquide épais mal lié, assez visqueux. Ce liquide, après repos, laisse exsuder un sérum parfaitement limpide: l'examen microscopique de ce liquide montre au sein du réseau fibrineux amorphe de nombreux globules rouges, quelques rares lymphocytes, d'assez nombreux poynucléaires et quelques éléments à noyau en dégénérescence pycnotique; aucun élément microbien.

Pendant les semaines qui précédèrent le décès, apparut un épanchement avec matité complète étendue à la totalité de l'hémithorax droit. Pas de ponction exploratrice. Le malade meurt brusquement le 16 mars 1921.

A l'autopsie, on trouve un demi-litre de liquide citrin dans la plèvre droite. Le lobe supérieur et le lobe moyen du poumon droit sont tout à fait analogues d'aspect à la substance cérébrale et l'appellation de cancer encéphaloïde est ici on ne peut plus exacte. Le lobe inférieur est grisâtre et farci de noyaux plus clairs. On trouve plusieurs noyaux de généralisation dans le foie. Rien aux autres organes. Poumon gauche sain.

L'examen histologique (Docteur Bouchut, Laboratoire d'Histologie de Lyon) montre que les fragments examinés sont formés d'une nappe compacte de cellules arrondies ou fusiformes encloses dans un réticulum très ténu et ne prenant à aucun moment la disposition alvéolaire: il s'agit d'un cancer du type lympho-sarcome.

OBSERVATION XXIV

Volumineuse caverne reconnue radiologiquement au lobe supérieur gauche; cancer supposé probable en raison de l'état cachectique progressif et de l'absence de bacilles; propagation à la paroi thoracique. Vérification anatomique.

Per... Louis, 58 ans.

Le malade nous a été adressé en novembre 1924 par le Docteur Bardin, de Rive-de-Gier. C'est un homme de 58 ans, amaigri et presque cachectique, qui a dû s'arrêter complètement de travailler voici quatre mois, en raison d'une altération progressive de son état général remontant à une année environ, accompagnée de toux, d'expectoration et de douleurs au côté gauche. Un confrère consulté a parlé de pleurite,

On ne note rien dans ses antécédents; à noter que la femme du malade a été opérée il y a deux ans d'une tumeur du sein, par le Docteur Patel: il a été fait un Halsted complet, avec curage de l'aisselle.

Le malade a exercé le métier de verrier et n'a pas fait de maladies avant celle-ci; il n'accuse aucun trouble digestif, sa température a été surveillée et est normale; la chute de poids dépasse 10 kilos.

L'examen donne une matité importante dans la moitié supérieure du poumon gauche: il n'y a aucun bruit surajouté, et seulement une obscurité respiratoire très marquée. L'examen à l'écran montre une diminution marquée de la transparence du poumon gauche dans sa moitié supérieure, et fait découvrir au milieu de cette opacité, qui est, du reste, moyennement dense, une cavité volumineuse, grosse comme le poing, avec une ligne de niveau mobile.

Le malade reçoit le conseil de venir dans le service afin de faire sur son cas une enquête plus approfondie; on pouvait, en effet, penser en premier lieu, la radiographie du poumon opposé n'étant pas absolument nette, qu'on avait affaire simplement à un processus de nature tuberculeuse avec large destruction du lobe supérieur gauche; toutefois, il était surprenant que le malade n'ait jamais toussé dans le passé et cette évolution de 58 ans, était assez anormale. En fait, ce diagnostic dut être promptement écarté, toutes les analyses de l'expectoration, avec homogénéisation étant revenues négatives. Il fut même fait une inoculation au cobaye dont le résultat connu dans la suite fut aussi négatif.

Le WR pratiqué dans le service fut négatif également.

En janvier 1925, on vit apparaître dans la région sous-claviculaire gauche, exactement au niveau de la caverne signalée, une tuméfaction importante dans les deux premiers espaces; cette tuméfaction dure et ligneuse était étendue sur une surface égale à une paume de main, elle était assez douloureuse. Dans toute son étendue on ne pouvait sentir les côtes sous-jacentes. Peu à peu, il apparut qu'une abcédation allait se faire à ce niveau, la peau rougit et une fluctuation nette apparut; le malade fut, à ce moment, montré au Docteur Arnaud, qui, sous une petite anesthésie locale, incisa les téguments, évacua une petite collection purulente, et trouva au-dessous une cavité peu volumineuse s'engageant sous le

plastron sterno-costal; ce dernier était très atteint: les deux premières côtes, dans toute la région intéressée, paraissaient avoir subi une sorte de fonte et à la curette des débris osseux très friables, extraordinairement ramollis, furent extraits dans le voisinage de la collection purulente.

Le malade, dont l'état était extrêmement précaire, et qui s'était affaibli de plus en plus, succomba quelques jours plus tard.

L'autopsie fit trouver à gauche un poumon très adhérent dans la moitié supérieure principalement; son éviscération très laborieuse ouvre en plusieurs points des cavités de pleurésie purulente, dont une assez volumineuse laisse écouler 3 à 400 gr. de pus épais. Au sommet, et spécialement dans la région antérieure, il est impossible de séparer le viscère du plan sterno-costal.

Une fois le poumon extrait, on découvre de nouvelles cavités de pleurésie purulente de moindre importance, le feuillet pariétal ayant dû être clivé pour enlever la pièce: à la coupe de celle-ci, on découvre dans le lobe supérieur une très volumineuse cavité, grosse comme le poing, au milieu d'un tissu ferme, résistant, parsemé de travées grisâtres très dures, parcourant le parenchyme en tous sens; on ne voit aucun point caséux et aucune formation tuberculeuse spécifique; la caverne signalée est très anfractueuse et n'a nullement l'aspect d'une caverne tuberculeuse.

Le poumon opposé se révèle indemne de toute lésion tuberculeuse. On n'y voit qu'un œdème agonique banal très abondant.

L'examen des autres viscères ne donne aucun renseignement intéressant.

L'examen histologique d'un fragment du poumon gauche fait par le Docteur Devuns, a donné les résultats suivants:

Les fragments pulmonaires, qui ne peuvent être orientés que par rapport à la plèvre épaissie et congestive, présentent, indépendamment d'emphysème et de pneumonie chronique, plusieurs lésions gommeuses à des stades jeunes (infiltrats lymphocitaires péri-vasculaires très abondants, artères atteintes d'artérite plus ou moins oblitérante, parties nécrosées dont le squelette seul subsiste). De plus, on voit au voisinage d'une des petites lésions gommeuses, une zone infiltrée finement par des îlots minuscules très fragiles d'épi-

thélioma atypique: un globe corné unique, au voisinage d'une bronchiole, permet de croire à son origine malpighienne. De nombreuses traînées cellulaires acidophiles, d'un aspect différent et légèrement pigmenté, alors que le tissu ambiant ne l'est pas, posent encore la question d'un épithélioma nævique.

OBSERVATION XXV

Signes fonctionnels d'une pneumopathie chronique supposée être une tuberculose pulmonaire en raison d'un amaigrissement progressif et de plusieurs hémoptysies; absence de bacilles. Paralyse du récurrent gauche.

Découverte radiologique d'une volumineuse cavité au niveau du hile gauche. Diagnostic clinique de cancer basé sur ces constatations et vérifié anatomiquement.

Tou... François, 52 ans.

L'observation de ce malade offre un particulier intérêt en raison des conditions dans lesquelles il s'est présenté et des données d'un examen radiologique qui avait aiguillé le diagnostic dans une direction complètement fausse.

C'était un sujet de 52 ans, métallurgiste à Saint-Chamond, se plaignant de tousser et de cracher depuis assez longtemps; à ces symptômes s'étaient ajoutés une oppression de plus en plus marquée à l'effort et un affaiblissement progressif: l'amaigrissement atteignait une vingtaine de kilos. Le malade avait consulté et la première idée était qu'il s'agissait probablement de tuberculose; on l'avait invité à faire analyser son expectoration mais ces examens étaient restés négatifs.

En même temps la voix se couvrit et un examen laryngoscopique fut fait, qui montra une paralysie de la corde gauche; mais, malgré cette constatation si révélatrice, le diagnostic ne fut pas poussé plus avant et l'évolution continua; elle fut marquée par des hémoptysies fréquentes, confirmant de plus en plus, dans l'idée de tuberculose et finalement le malade fut envoyé à l'examen radiologique.

Cet examen amena une découverte singulière: on aperçut à gauche, à la partie moyenne du poumon, une ligne horizontale figurant un niveau mobile, et cette seule constatation fit

faire immédiatement le diagnostic de pyo-pneumothorax spontané; la paralysie de la corde gauche ayant été signalée au radiologiste, celui-ci répondit au soupçon formulé sur une ectasie possible par les mots: aorte normale.

C'est avec cette note, et le diagnostic formel de pneumothorax spontané que le malade fut reçu dans le service de tuberculeux, appuyé par un schéma radioscopique.

Il se présentait avec une cachexie déjà avancée, de la toux, une expectoration purulente abondante, une voix couverte, une fièvre irrégulière et un très gros hippocratisme digital: cet ensemble pouvait cacher une évolution tuberculeuse latente, à laquelle se serait plus récemment ajouté le pneumothorax signalé. Mais le premier examen montra qu'il n'y avait certainement pas de pneumothorax, et les conclusions données par le radiologiste ne pouvaient cliniquement se soutenir; la respiration était, en effet, perçue dans toute l'étendue du poumon gauche, les vibrations étaient diminuées mais non abolies, la base n'était pas mate au niveau du prétendu épanchement signalé. On trouvait seulement que le poumon en question était submat et respirait mal, mais pas d'adventices en aucun point.

Un examen à l'écran fut fait aussitôt, qui montra la cause de l'erreur d'interprétation: il y avait bien une ligne horizontale figurant un niveau mobile à la partie moyenne du poumon gauche, mais cette ligne était très courte et, en position postérieure principalement, elle n'occupait que quelques centimètres contre la colonne, restant fort loin à son extrémité externe de la paroi thoracique; en position antérieure, elle paraissait plus large par suite de l'agrandissement des ombres et c'est cet aspect qui l'avait fait prendre pour l'image d'une collection pleurale de la grande cavité; en faisant tourner le malade devant l'écran et en l'examinant avec soin, on pouvait se rendre compte aisément de la situation exacte de la cavité où était collecté le liquide, cavité voisine du hile, en arrière de lui et au-dessous de la bronche gauche.

Un examen laryngoscopique du Docteur Moreau confirma la paralysie de la corde gauche immobilisée en adduction, ainsi que celle de l'aryténoïde du même côté: en somme, paralysie complète de l'hémilarynx gauche.

Plusieurs examens de crachats furent faits, avec homogénéisation, et restèrent négatifs comme ceux pratiqués précédemment; la réaction de WR et le Hecht demeurèrent aussi négatifs.

Ayant en mains tous ces éléments, le diagnostic parut devoir ce discuter de la manière suivante :

Le diagnostic de pneumothorax posé par un examen radioscopique rapide devant être entièrement écarté, il convenait d'éliminer l'hypothèse d'une pleurésie enkystée ouverte secondairement dans les bronches: soit pleurésie interlobaire, soit médiastinale plus ou moins cloisonnée. Mais la situation exactement repérée de l'ombre radiologique ne permettait guère cette interprétation, et surtout les anamnestiques, et la notion des hémoptysies fréquentes qu'avait eu le malade donnaient à penser qu'il y avait là non une cavité de pleurésie enkystée, mais bien une cavité parenchymateuse, dont la nature seule était à discuter.

A cet égard, on ne pouvait s'arrêter longtemps à l'hypothèse tuberculose, en raison de la singularité de la lésion, et surtout de l'absence persistante des bacilles dans l'expectoration.

On aurait pu penser à une de ces formes particulières de gangrènes pulmonaires ou d'abcès gangréneux, mais les crachats n'avaient jamais été fétides et on ne retrouvait pas, dans le passé, la période aiguë qui ne manque jamais à la période initiale de ces évolutions.

D'ailleurs, un symptôme d'une valeur capitale ne pouvait encore, dans cette hypothèse, trouver son explication, c'était la paralysie de l'hémi-larynx gauche : seule une compression par une tumeur pouvait légitimement en rendre compte, et, étant donnés les renseignements recueillis, le diagnostic de cancer était le seul qui puisse tout expliquer et qui fut, dès ce moment, formulé avec certitude.

Le malade continua d'évoluer dans le service, se cachectisant de plus en plus; il eut, pendant ces quelques jours, une hémoptysie importante qui dura plusieurs jours et se continua par l'émission de crachats de teinte brique, après laquelle l'auscultation permit d'entendre de gros bruits bronchiques auxquels s'ajoutèrent même à la partie moyenne des bruits pseudo-cavitaires.

Quelques jours avant le décès, la température monta à 39, et on nota une matité complète de la base gauche; l'état du

malade ne permit pas de faire de ponction exploratrice et il succomba en peu de jours.

L'autopsie permit de trouver un petit épanchement dans la plèvre gauche et que l'examen avait montré contemporain des derniers jours de la vie du malade; le liquide était citrin, collecté dans la plèvre entière; la base adhérait partiellement au diaphragme, limitant une cavité de pleurésie diaphragmatique importante. Le poumon gauche fut éviscéré avec beaucoup de peine, étant fortement adhérent en arrière et cette éviscération dilacéra plus ou moins la pièce.

A la coupe, on eut de ce fait un peu de peine à retrouver la cavité aperçue à l'écran; on en trouve bien une assez spacieuse, mais qui parut plus petite (peut-être partiellement réduite de volume du fait de l'épanchement) et qui atteignait les dimensions d'une noix; en tous les cas, autour d'elle, et toujours dans la région hilaire, on en trouvait un très grand nombre d'autres plus petites, du volume d'un noyau de cerise ou moins encore; ces cavités étaient creusées dans un tissu induré, ferme à la coupe, un peu blanchâtre, et parsemé de travées grisâtres. Fait assez particulier, il était absolument impossible de marquer de limites exactes à cette lésion dont la topographie était bien celle marquée par la radioscopie; elle occupait environ un tiers de la hauteur du poumon gauche et l'induration qu'elle déterminait s'étendait plus ou moins loin, suivant les points examinés, jusqu'aux parties saines du parenchyme pulmonaire, sans qu'il soit possible de marquer une limite franche, une démarcation nette entre le tissu malade et le tissu normal.

L'aspect macroscopique de cette lésion n'était ni celui de l'abcès gangréneux, ni celui des cavités de dilatations bronchiques; les cavités étaient plus ou moins anfractueuses, avec une paroi épaisse, et contenaient des débris sphacelés, mélangés au pus; en tous les cas, il ne pouvait s'agir de lésions tuberculeuses.

Le poumon droit ne présentait que les marques d'un œdème agonique terminal, sans aucune lésion tuberculeuse ni autre.

Le médiastin était normal et sans adénopathie importante, le cœur et l'aorte étaient normaux.

Les reins étaient volumineux et porteurs de nombreux kystes, dont plusieurs assez gros (une cerise environ).

Le foie était normal.

Les examens histologiques pratiqués par le Docteur Devins, portèrent sur 4 fragments du poumon gauche; ce poumon était atteint d'une sclérose intense, soit en grandes zones presque macroscopiques, soit en épaississements diffus de toutes les cloisons alvéolaires dans les endroits où l'architecture alvéolaire subsistait. Il présentait de plus, par places, des lésions néoplasiques, et des zones de pneumonie en voie de liquéfaction (pneumonie suppurée terminale probable).

Les lésions néoplasiques étaient souvent nécrosées et prenaient alors un aspect lymphocytoïde; dans les points où elles étaient relativement bien conservées, elles étaient disposées soit en grandes masses, du volume d'un lobule par exemple, figurant des masses pleines, d'aspect baso-cellulaire; soit en épaississements localisés à un groupe de quelques alvéoles où l'épithélium alvéolaire était alors stratifié sur 3 ou 4 rangs. (Il était possible que certains alvéoles ayant l'aspect de pneumonie suppurée soient des alvéoles pleins de ces masses épithéliomateuses, qui se seraient nécrosées.)

Parmi les cavités que présentaient les fragments envoyés, l'une, du volume d'un pois, était limitée par un rang d'épithélium cylindrique bronchique, mais ne présentait, au-dessous, qu'une légère densification conjonctive entre cet épithélium et les alvéoles circonvoisins; il n'y avait pas de glandes ni de cartilage qui permette de faire de cette cavité une lumière bronchique normale, et, par ailleurs, pas davantage de lésions scléreuses ou inflammatoires qui puissent expliquer l'absence d'armature bronchique, s'il s'agissait d'une bronche véritable; et ceci était d'autant plus particulier, qu'au voisinage de cette cavité, et placée à côté d'elle comme si elle s'en détachait, existait une bronche d'un demi millimètre de diamètre, avec son épithélium, son cartilage et ses glandes; la constatation de cette cavité pseudo-bronchique et non néoplasique, offre un certain intérêt dans l'interprétation histologique de la lésion.

L'une des cavités kystiques d'un rein, du volume d'une cerise, fut également examinée et se révéla limitée par une membrane fibreuse mince, autour de laquelle le parenchyme rénal, médullaire d'un côté, cortical de l'autre, n'était ni enflammé ni scléreux, ni même tassé, comme il arrive d'ordi-

naire autour des kystes. Il n'y avait pas non plus d'éosinophilie locale, et la membrane n'avait ni la couleur ni l'aspect lamelleux feuilleté des kystes hydatiques. La substance corticale, à part un très petit kyste d'un millimètre sous la capsule, était normale, ni scléreuse, ni inflammatoire; la substance médullaire avait son tissu interlobulaire légèrement accru, les artères en étant un peu sclérosées. Un fragment de rein pris comme terme de comparaison présentait aussi un très léger accroissement de tissu conjonctif interlobulaire, et dans la substance médullaire, on trouvait un ou deux glomérules en état de sclérose commençante contre un très grand nombre d'autres qui étaient absolument normaux.

D'après le Docteur Devuns, le néoplasme du poumon paraissait être un de ces néoplasmes ressemblant aux épithéliomas malpighiens et considérés comme primitifs du poumon, certains points permettant de risquer l'hypothèse d'un point de départ dans l'épithélium alvéolaire, les points nécrosés et les aspects lymphocytomateux qu'ils esquissaient ne devant pas être pris en considération. Mais la cavité pseudo-bronchique anormale décrite plus haut, et qui n'était pas néoplasique, la coïncidence des kystes rénaux, dont celui examiné, en particulier, et qui n'était pas inflammatoire, font songer à la possibilité de malformations de siège multiple, malformations dysembryoplasiques, et dont l'une, celle du poumon, a pu être à l'origine du cancer. Il paraît difficile d'opter entre les deux hypothèses.

6° IMAGE A NOYAUX ARRONDIS. — Deux de nos observations nous offrent une belle illustration de cette forme. La radioscopie montre des noyaux de dimensions variables, criblant le parenchyme. En cas de granulie, on n'aperçoit qu'un voile diffus des deux poumons et la radiographie seule permet le diagnostic en montrant un granité assez fin, semant l'étendue des deux champs pulmonaires. Tous ces signes peuvent être masqués par un épanchement bilatéral.

3^e groupe — Formes avec signes de compression

L'évolution des cancers pleuro-pulmonaires peut s'accompagner tardivement ou précocement de signes de compression médiastinale. Une classification clinique peut être tentée par l'association de certaines compressions, avec les différentes localisations pulmonaires du processus cancéreux.

Nous rapportons 15 observations de cancer du poumon accompagné de compressions médiastinales diverses (5 fois le récurrent gauche, 2 fois la veine-cave supérieure, 4 fois l'œsophage, 3 fois la trachée ou les bronches, 1 fois le sympathique).

1^o *Dans les tumeurs du lobe supérieur gauche*, on peut observer la compression du récurrent gauche (voix bitonale, paralysie de l'hémi-larynx gauche). Le diagnostic est à faire avec les tumeurs du médiastin et, en particulier, avec l'ectasie aortique.

OBSERVATION XXVI

Cancer massif du poumon gauche avec compression récurrentielle.

Pail... Jean-Marie, 48 ans.

Le malade était un mineur ayant travaillé 25 ans à la mine et qui fut reçu à l'hôpital, étant supposé atteint de tuberculose pulmonaire: il toussait depuis plusieurs mois, avait maigri et avait une voix couverte depuis peu.

L'examen donnait, à gauche, une matité absolue et complète, tant en avant qu'en arrière; l'importance des signes de condensation était au maximum de ce qu'il est possible

d'avoir, si bien qu'en tenant compte de la profession du malade on pouvait penser être en présence d'une de ces tuberculoses anthracosiques dans lesquelles on assiste à l'édification de blocs massifs excessivement denses; mais on était surpris de ne rien noter d'important au poumon opposé, alors que ces manifestations sont, la plupart du temps, bilatérales, ou, du moins, que les lésions bacillaires, même si elles n'ont pas autant d'importance, affectent plus ou moins l'autre poumon.

Cette discordance entre l'état des deux poumons fut confirmée par l'examen radioscopique, et même à un tel point que dès celui-ci, l'hypothèse de tuberculose paraissait peu probable; on apercevait, en effet, une opacité complète de toute la hauteur de l'hémithorax gauche et une transparence entièrement normale à droite.

A ajouter que les examens de l'expectoration restèrent négatifs; le diagnostic soupçonné de néoplasme du poumon avait besoin d'une confirmation dans l'examen du larynx; le malade avait, en effet, une voix couverte et il était probable qu'elle reconnaissait une cause du même ordre que celle de l'état pulmonaire; or, cette voix couverte était survenue brusquement, et il semble probable qu'elle était en relation, non pas avec une laryngite banale, mais bien avec une paralysie par compression récurrentielle de la corde vocale gauche.

Le malade fut donc conduit au Docteur Moreau en vue de vérifier l'existence de cette paralysie laryngée, qui était obligatoire dans l'hypothèse de cancer et l'examen du spécialiste confirma pleinement ce que les données cliniques avaient permis de soupçonner: il existait, en effet, une paralysie en abduction de la corde vocale gauche, l'hémilarynx gauche était entièrement immobile dans la phonation, l'hémilarynx droit fonctionnant normalement.

Le diagnostic de néoplasme du poumon se fondait donc sur la constatation d'une condensation massive de la totalité du poumon gauche, le droit paraissant entièrement indemne, sur l'absence de bacilles dans l'expectoration qui fut analysée plusieurs fois avec homogénéisation, et enfin sur la constatation prévue de la paralysie laryngée.

Le malade séjourna trois mois dans le service, au cours desquels son état pulmonaire resta sans modification; il a été depuis perdu de vue.

OBSERVATION XXVII

Hémoptysies répétées chez un sujet âgé considéré comme un cardio-rénal en raison d'une albuminurie et d'une légère hypertension; absence de bacilles dans l'expectoration; cachexie rapidement progressive. Paralyse du récurrent gauche. Signes de densification de la moitié supérieure du poumon gauche. Diagnostic clinique: cancer du poumon gauche.

Rob..., 60 ans.

Sujet de 60 ans, vu en consultation avec son médecin traitant en décembre 1926 pour un état pulmonaire datant de peu de temps en apparence.

Ce malade avait jusqu'alors été considéré comme un cardio-rénal en raison d'une légère hypertension et d'une albuminurie passagère. De plus, était apparu un léger œdème des chevilles rapidement disparu par le repos et le régime lacté.

Ce n'est qu'en octobre 1926 que la scène paraît changer : une hémoptysie assez importante se produit alors, faisant soupçonner chez le malade une lésion bacillaire latente; à la vérité, il existait un peu d'oppression depuis quelque temps, mais que l'on mettait en rapport avec l'état du cœur. L'examen des poumons fait à ce moment révéla une diminution de la sonorité à la percussion au sommet gauche, principalement en avant. On fit de nombreuses analyses de l'expectoration, qui était muco-purulente, avec homogénéisation: toutes furent négatives.

En même temps que l'oppression assez rapidement progressive et apparaissant au moindre effort, le malade présente une altération rapide de son état général; son amaigrissement et sa perte de forces atteignent en quelques semaines un degré plus important que les troubles fonctionnels ne l'auraient fait prévoir; il a peu de température et dépasse à peine 38° le soir; son anorexie est complète sans autres troubles digestifs.

Les troubles généraux et l'oppression font de tels progrès que le malade est bientôt confiné au lit, où les moindres mouvements dès qu'il tousse ou s'assied ont pour effet de le mettre presque hors d'haleine.

En plus, fait d'importance capitale, dans le début de no-

vembre, le malade devient brusquement enrôué, et depuis ce moment la voix est très nettement bitonale.

A l'examen, en plus de l'état cachectique du sujet, on note une matité complète et absolue du poumon gauche dans sa moitié supérieure; cette matité est sous la clavicule d'une intensité impressionnante; dans toute la zone mate, l'obscurité respiratoire est complète. On ne peut faire apparaître aucun râle, même au moment de la toux; l'expectoration est très aérée et mousseuse. Le poumon droit est entièrement normal.

Rien à signaler au cœur: tension basse.

Grosse inégalité pupillaire: og > od.

L'état du malade, qui succomba quelques jours après cet examen, ne permit pas de faire un examen radiologique: le diagnostic posé fut celui de néoplasme, soit qu'il s'agisse d'un néoplasme pulmonaire, soit d'une tumeur du médiastin généralisée au poumon et déterminant avec la toux, l'expectoration, les hémoptysies, les signes de compression constatés: compression récurrentielle que l'apparition brusque de la voix bitonale ne rendait pas douteuse, compression du sympathique révélée par l'inégalité pupillaire. En plus de l'absence de bacilles dans les crachats, les signes d'auscultation et l'unilatéralité, ainsi que l'âge même du malade, qui n'avait jamais été un tousseur, ne permettaient pas de le considérer comme tuberculeux.

2° *Les tumeurs du lobe supérieur droit* peuvent voir les phénomènes de compression de la veine-cave supérieure faire partie de leur cortège symptomatique. Le diagnostic, dans ce cas, se pose avec les oblitérations de la veine-cave supérieure par thrombophlébite. Elles sont très rares et accompagnées de thrombophlébite de la veine-cave inférieure, réalisant le tableau du syndrome d'oblitération des veines-caves.

OBSERVATION XXVIII

Généralisation au poumon droit et prédominant au lobe inférieur d'une tumeur du médiastin; envahissement secon-

daire de la paroi et du sternum. Compression de la veine cave avec œdème en pèlerine.

Pin... Jean-Baptiste, 66 ans.

Malade observé deux mois dans le service où il a succombé à une cachexie profonde. Se présentait avec des signes d'une pneumopathie chronique, toux, expectoration sans bacilles, et qui, pour cette raison, avait été qualifiée de bronchite chronique simple.

En fait, on trouvait, à droite, une rétraction et une immobilité complète de la cage thoracique; la matité était absolue à la base, et l'obscurité était également totale sans un seul bruit adventice; on relevait, en plus, une tuméfaction de la région sternale au-dessous du manubrium, tuméfaction chaude et un peu douloureuse. Les ponctions exploratrices à droite restèrent négatives et les analyses de crachats ne décelèrent pas de bacilles de Koch.

L'examen radioscopique donna des renseignements résumés dans le schéma ci-contre: l'ombre médiane dans sa partie supérieure était très élargie, sans signes d'ectasie aortique, sans battements; de plus, la base droite était d'une opacité complète et extrêmement dense; l'ombre occupait la totalité du lobe inférieur, et au-dessus de lui affectait un contour irrégulier sous forme de masse plaquée contre le médiastin, se reliant insensiblement à l'élargissement noté de l'ombre médiane enoblique, l'espace clair postérieur était complètement obstrué par l'ombre signalée.

Peu à peu, apparurent des signes de compression: inégalité pupillaire: og > od, et surtout un œdème en pèlerine qui débuta au niveau du bras droit, gagna rapidement le membre supérieur opposé et la base du cou. Vers la fin, l'expectoration déjà abondante et purulente augmenta considérablement simulant presque une vomique, et faite de crachats brunâtres très fétides.

La mort survint dans la cachexie en novembre 1919.

À l'autopsie on trouva une énorme tumeur propagée au sternum devenu extrêmement friable et d'une épaisseur considérable; celui-ci enlevé, on trouve une masse cancéreuse remplissant tout le médiastin antérieur, adhérente à la face antérieure et latérale droite, de la trachée et englobant les gros vaisseaux, dont la veine cave supérieure, comme les

données cliniques l'avaient donné à prévoir. Cette tumeur qui répondait à l'élargissement de l'ombre médiane signalée à la radioscopie envoyait des prolongements vers le sommet droit où l'on trouvait en plein parenchyme une masse du volume d'une noix. Mais c'est principalement à la base du même côté que la participation du parenchyme était la plus importante; son envahissement par le néoplasme intéressait la totalité du lobe inférieur et se faisait par de volumineux noyaux lardacés, blanchâtres à la coupe, serrés les uns contre les autres, ne laissant à peu près plus de parenchyme normal entre eux. Au milieu de ces noyaux, on trouva à la coupe une cavité volumineuse du volume d'une grosse noix, anfractueuse et remplie de liquide brunâtre. Symphyse totale à droite.

OBSERVATION XXIX

Cancer du poumon probable (lobe supérieur droit) avec compression de la veine cave supérieure.

Fau... Antonin, 55 ans.

Le malade était un sujet de 55 ans, envoyé à l'hôpital pour des hémoptysies, en octobre 1924.

Il avait exercé la profession de mineur et s'était toujours bien porté; cependant, depuis 2 ans, il s'était mis à tousser et avait un peu maigri, mais c'est surtout depuis 2 mois que son état s'était altéré et qu'il avait dû cesser son travail; enfin, depuis ces deux mois, il crachait du sang de manière presque incessante et à peu près tous les jours.

L'examen montrait de suite des signes assez particuliers au sommet droit; on y notait une matité très marquée, absolument complète en avant avec une obscurité notable; en arrière, contre la colonne, la toux faisait apparaître des râles sous-crépitants inconstants. A ces signes qui pouvaient s'interpréter comme des signes de condensation, s'ajoutait une turgescence extraordinairement intense des jugulaires et une circulation complémentaire de la paroi thoracique tout à fait insolite.

Si bien qu'après les analyses de l'expectoration qui ne montrèrent pas de bacilles, les données de l'examen radioscopique firent complètement éliminer l'idée de tuberculose: on aperçut à l'écran une masse obscure très dense occupant

la moitié antéro-interne de l'hémithorax droit; la densité de cette ombre était très marquée et ses contours très précis ; elle ne présentait pas de battements. L'espace clair postérieur était conservé et en faisant tourner le malade devant l'écran, on avait l'impression que la masse en question était voisine du plan sternal.

Le diagnostic posé à ce moment fut celui de néoplasme probable, mais il ne put être confirmé par l'autopsie, le malade ayant quitté le service dans un état très précaire après un mois d'hospitalisation. Pendant la durée de ce séjour, on peut dire que les crachats ne cessèrent pas d'être hémoptoïques, ceci sans autres caractères bien spéciaux; les examens qui en furent faits ne révélèrent pas la présence de bacilles de Koch, et la recherche même des cellules cancéreuses qui fut faite ne donna pas de résultat absolument formel: on ne trouva que quelques grandes cellules et des cellules moyennement volumineuses à gros noyau, mais n'ayant pas les caractères classiques des cellules cancéreuses. Toutefois, l'allure clinique de l'évolution ne fit qu'augmenter les probabilités d'une affaire néoplasique par l'apparition d'une masse dure ligneuse, dans le creux sus-claviculaire droit, et l'augmentation de plus en plus grande du réseau veineux superficiel déjà noté sur la paroi thoracique, et qui s'étendit sur le membre supérieur droit, donnant l'impression d'un œdème en pèlerine à son début; la compression des jugulaires leur fit atteindre le diamètre du pouce.

Décédé chez lui quelques semaines plus tard.

OBSERVATION XXIX *bis* (1)

(Due à l'obligeance du Docteur DUBALLEN)

Sarcome du poumon droit : œdème en pèlerine, tarissement par ponctions d'une pleurésie symptomatique, apparition d'un nodule sous-cutané à un point de ponction: évolution : 12 mois.

Eugène M..., 28 ans.

Entré au Sanatorium de la Guiche pour complément d'enquête (kyste hydatique à discuter).

(1) Nous ne tenons pas compte de cette observation dans notre statistique l'ayant reçue trop tard pour en faire état.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires ; personnellement, pneumonie de la base droite en 1918 : pas d'antécédents spécifiques.

L'affection actuelle a débuté en janvier 1924 par des crachats hémoptoïques qui seront continués jusqu'en mars, sans autres malaises. A cette époque, un point de côté fait son apparition à la base droite, en même temps que le malade maigrit et perd ses forces. Il consulte au dispensaire de Nevers, qui le dirige sur la Guiche.

A son entrée, malade amaigri (chute de poids de 10 kilos) qui présente à la radioscopie une ombre volumineuse, assez arrondie, dans le lobe inférieur droit : on note également deux autres ombres (volume d'une noix et d'un œuf de pigeon) au niveau du hile gauche, et du hile droit, au-dessus de la masse obscure signalée. Cette base est mate et obscure : rien à l'autre poumon, qui est rigoureusement normal.

Le malade présente une température normale : pas d'urticaire ni de prurit.

L'examen du sang : pas d'éosinophilie, formule leucocytaire normale. La réaction de Weinberg-Parvu est négative.

Brusquement, le 3 décembre 1924, la fièvre s'allume, le point de côté s'exagère et des signes franchement liquidariens apparaissent à la base droite. La ponction exploratrice ramène du liquide séreux, qui deviendra hémorragique par la suite, pour disparaître complètement le 25 janvier 1925. Ce jour-là, l'aiguille s'enfonce dans un bloc dur comme du bois, sans ramener la moindre goutte de liquide.

La quatrième ponction fut suivie d'un nodule sous-cutané. On ne put le faire examiner histologiquement. La cytologie pleurale fut toujours banale.

Dans le cours de sa maladie, le malade rejeta dans une quinte de toux un fragment rougeâtre, dur. Ce fragment tumoral, des frottis de crachats et de liquide pleural, l'histoire clinique, furent envoyés au Professeur Sergent, qui répondit, en concluant à un sarcome du poumon.

Entre temps, plusieurs Wassermann furent négatifs ; plus de trente bacilloscopies (examen direct et homogénéisation) furent négatives : deux inoculations au cobaye furent également négatives. La température oscillait entre 38° et 39°, touchant 40° certains soirs.

Le malade se cachectisait rapidement, présentant des hé-

moptysies quotidiennes et un point de côté atroce, dans l'hémithorax droit. A la visite du 13 janvier, on nota de la bouffissure de l'hémiface droite. Cet œdème progressa rapidement, et, en quelques jours, on eut le tableau classique de l'œdème en pèlerine par compression de la veine cave supérieure (périmètre thoracique droit 53 cm., périmètre gauche, 45 cm.), localisé cependant au côté droit. La dyspnée est incessante, les douleurs atroces.

Décès le 31 janvier 1925: pas d'autopsie .

3° *La compression trachéale ou bronchique* peut accompagner le cancer du poumon, surtout lorsqu'il débute au niveau du hile. Les tumeurs du médiastin (à type de tumeur médiane) peuvent prêter à confusion.

OBSERVATION XXX

Etat cachectique avec signes fonctionnels d'une pneumopathie chronique accompagnée depuis quelques semaines d'un cornage intense. Pleurésie symptomatique. Mort par broncho-pneumonie.

Tumeur du médiastin infiltrant la trachée et les grosses bronches avec généralisation pulmonaire.

Mou... Jean-Baptiste, 32 ans.

Malade observé à l'hôpital pendant les huit jours qui ont précédé sa mort.

Il y était arrivé dans un état d'amaigrissement extrême et d'anémie profonde; toussant depuis quelques mois, son aspect était celui d'un cavitare banal, mais plusieurs signes frappèrent de suite à l'examen.

En premier lieu, c'était l'existence d'un cornage très intense au point de gêner considérablement l'auscultation ; celle-ci ne faisait percevoir dans toute l'étendue de la poitrine que le souffle laryngé; la voix était très couverte. A défaut de l'auscultation, la percussion décela une matité complète de la base droite, et une ponction exploratrice fut faite, qui, ramena du liquide citrin.

A ce moment, le malade pouvait être supposé un bacillaire banal porteur de lésions avancées vu son état général, d'une laryngite avec œdème de la glotte expliquant le cornage et la gêne respiratoire, et enfin d'une pleurésie.

Mais les examens complémentaires furent des plus déroutants; d'abord le larynx se révéla entièrement normal, et sans aucune espèce d'inflammation ni d'œdème, et déjà le cornage ne pouvait être expliqué; de plus, la cytologie du liquide de la pleurésie donna les renseignements suivants (Docteur Devuns): polynucléaires prédominants, pas de lymphocytes, nombreuses cellules endothéliales isolées et en placard, et, en plus, quelques cellules 2 à 3 fois plus volumineuses pluri-nucléaires paraissant être des cellules néoplasiques.

On pouvait donc avoir affaire à un néoplasme, pulmonaire ou médiastinal, avec une pleurésie symptomatique, et le cornage relevait simplement de la compression déterminée par la tumeur.

L'examen radioscopique fut alors pratiqué; il montra une large tache hilaire, débordant des deux côtés l'ombre médiane, et une opacité assez dense du lobe inférieur droit limitée à la scissure supérieure; pas d'image d'épanchement pas de courbe de Damoiseau. L'opacité signalée ne permettait pas d'explorer en oblique l'espace clair postérieur.

Comme on le voit, cet examen ne donnait pas l'explication attendue et ne montrait pas la cause du cornage, puisqu'en restant sur l'idée de néoplasme, ce dernier aurait été localisé au lobe inférieur droit; enfin, on était surpris de ne pas voir d'image de pleurésie.

Afin d'éclaircir ces divers points, il fut fait une ponction évacuatrice de l'épanchement suivant la technique de la pneumo-séreuse et le malade fut radioscopé ensuite; cette ponction évacua 700 gr. de liquide citrin un peu louche, et après cette évacuation, le lobe inférieur apparut sous la forme d'une ombre dense, légèrement rétracté.

Le malade succomba 2 jours après cette ponction, avec des accidents asphyxiques et de la cyanose.

Son autopsie montra une pleurésie droite avec une forte adhérence en dehors, et un lobe inférieur dense, hépatisé, dont les fragments ne plongeaient pas complètement dans l'eau, toutefois, et qui, à la coupe, offrait l'aspect classique d'une broncho-pneumonie avec du pus venant sourdre à la pression au niveau des bronches; il n'y avait dans les deux poumons aucune lésion tuberculeuse, et même aucun noyau néoplasique, décelable en toute certitude macroscopiquement.

Mais en dessous de la bifurcation de la trachée, et adhérent fortement à elle et aux grosses bronches qu'il fut impossible d'en séparer, on découvrit une masse volumineuse, très dure, blanchâtre et lardacée; la trachée et les grosses bronches n'étaient pas très déformées ni aplaties mais leur muqueuse était très rouge et en certains points elle présentait des bourgeons néoplasiques, faisant saillie; c'est à la présence de ces derniers qu'était évidemment dû le cornage et aussi les accidents asphyxiques terminaux.

L'examen histologique pratiqué par le Docteur Devuns donna comme conclusion qu'on avait affaire à un lymphome; les fragments envoyés de la tumeur médiastinale étaient entièrement formés de lymphocytes d'aspect normal mais sans centre germinatif et sans aucun reste d'ordonnance ganglionnaire. La trachée était entourée et sa sous-muqueuse fortement envahie et soulevée par des masses lymphomateuses. Un fragment pulmonaire présente aussi un nodule lymphomateux du volume d'une noisette.

Quant à la lésion du lobe inférieur droit, l'examen histologique en confirme la nature inflammatoire banale; il y a dans les deux fragments envoyés un processus pneumonique emplissant un grand nombre d'alvéoles. On y trouve aussi un nodule lymphomateux du volume d'un pois.

OBSERVATION XXXI

Syndrome clinique d'obstruction de la bronche droite; diagnostic radiologique d'une tumeur du médiastin comprimant la bronche droite. Mort par pneumonie.

Gac... Agathe, 68 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital pour une toux avec oppression qui date de ces derniers mois. Il y a 15 jours, elle a eu une hémoptysie de moyenne abondance, rapidement arrêtée.

Elle a 68 ans et se présente avec un état général encore peu altéré.

On est tout de suite frappé à l'examen de l'obscurité respiratoire complète de l'hémithorax droit; cette obscurité respiratoire est aussi intense qu'il est possible de l'imaginer, et comme la sonorité à la percussion est parfaitement normale, la première idée qui vient à l'esprit est qu'il peut s'agir d'un pneu-

mothorax: aussi les signes de pneumothorax sont-ils attentivement recherchés. Or, ils font entièrement défaut, les vibrations sont conservées, on ne trouve aucun souffle, le signe du sou est absent, etc.

L'examen à l'écran ne donne du reste aucune image de pneumothorax. Mais on y aperçoit au niveau du hile une masse opaque du volume d'une noix et l'hypothèse qui est aussitôt émise est, puisqu'il n'y a pas de pneumothorax qui puisse rendre compte de cette obscurité, qu'elle est due à l'impossibilité où l'air est d'entrer dans le poumon droit par suite de la compression de la bronche droite: et l'ombre aperçue serait celle de la tumeur responsable de cette compression.

En position oblique, l'espace clair postérieur était nettement obstrué à sa partie moyenne dans la région correspondante à l'ombre en question.

La malade reste quelques semaines dans le service sans voir son état se modifier; elle tousse peu, crache peu (pas de bacilles dans l'expectoration), lorsqu'au bout de quelque temps, la température s'élève brusquement à 40°, un herpès labial apparaît, l'oppression augmente et l'état général s'aggrave rapidement. On pense qu'il s'agit d'une pneumonie, mais l'auscultation ne permet pas de délimiter le foyer. La malade succombe au bout de 8 jours de température très irrégulière.

Son autopsie montre quelle a bien, en effet, succombé à une pneumonie banale; le lobe inférieur droit présente l'aspect bien classique de l'hépatisation grise. On trouve aussi la tumeur du médiastin diagnostiquée, avec les dimensions et la situation indiquées. La bronche droite est entièrement comprimée par elle. Sa masse se développe en arrière de la bifurcation de la trachée et est constituée par un tissu blancâtre lardacé entouré de ganglions anthracosiques. La bronche droite à la coupe se montre obstruée entièrement par des bourgeons néoplasiques volumineux qui remplissent la lumière, violacés et très friables.

OBSERVATION XXXII

Tumeur du médiastin généralisée au poumon gauche; toux de compression; pleurésie symptomatique. Mort dans la cachexie.

Mag... Françoise, 44 ans.

La malade est entrée à l'hôpital en janvier 1926 pour des troubles de l'état général auxquels s'ajoutent de la toux et une laryngite avec dysphagie: cet ensemble ayant fait penser qu'elle était probablement atteinte de tuberculose, l'a fait recevoir dans le service des bacillaires.

En effet, l'ensemble qu'elle présente et spécialement cette laryngite avec dysphagie pourraient être des manifestations tuberculeuses, mais dès le premier examen on est frappé par le caractère de la toux qui est une véritable toux de compression; ce caractère est tellement net que la valeur séméiologique de ce seul symptôme aiguille de suite le diagnostic vers l'idée d'une néoplasie.

Mais on doit convenir que les recherches cliniques ne peuvent du premier coup donner une précision formelle: comme il est fréquent chez les sujets atteints de laryngite, l'auscultation ne donne pas de gros signes sans qu'on puisse conclure de cela que les lésions sont peu importantes, et on doit se borner à noter une matité importante au côté gauche, principalement dans la partie supérieure et surtout dans les premiers espaces en avant.

On pensait que l'examen radioscopique allait donner une indication décisive en montrant probablement une ombre dense répondant à la topographie de la matité reconnue, et on fut un peu déçu en constatant qu'il n'en était rien, et que la totalité de l'hémithorax gauche était opaque; cette constatation demandait qu'en premier lieu fut éliminé le diagnostic d'épanchement pleural, car même en restant dans l'hypothèse de cancer, une telle ombre pouvait être fournie par une tumeur massive du poumon.

Mais la ponction exploratrice, faite avec l'idée qu'elle allait être négative, ramena sans peine du liquide citrin, et à ce moment, on pouvait se demander si toute cette évolution n'était pas un ensemble de manifestations tuberculeuses banales: ce sont les examens de laboratoire qui, à ce moment,

permirent de poser fermement le diagnostic de cancer, soupçonné dès le premier jour où fut entendue la toux de compression.

En premier lieu, toutes les analyses de l'expectoration revinrent négatives au point de vue de la présence de bacilles de Koch, et surtout, la cytologie du liquide pleural montra qu'on avait affaire à une pleurésie cancéreuse: le liquide contenait, en effet, en plus de lymphocytes abondants, et de cellules endothéliales isolées d'aspect normal, de nombreuses cellules à noyau très volumineux, régulier ou bourgeonnant, et des cellules à 5 ou 6 noyaux irréguliers (Docteur Devuns).

Dès ce moment, le diagnostic était donc fait, et on pouvait penser que la présence seule de l'épanchement avait empêché de voir à l'écran les contours de la tumeur soupçonnée, ce qui était en fait exact.

La malade succomba peu après, étant restée très faible et dans un état des plus précaires, avec une température constamment haute (entre 39° et 40°); pendant ses derniers jours, elle eut des sortes de vomiques de liquide purulent et hémattique d'odeur fortement gangréneuse.

L'autopsie montra l'existence d'une tumeur du médiastin du volume du poing avec une généralisation importante au poumon gauche, qui baignait dans un épanchement séreux un peu louche très abondant (1 litre 1/2 environ). A la coupe, on trouvait en même temps que des noyaux néoplasiques denses et très fermes, des cavités multiples de dimensions variables, parfois grosses comme une mandarine, et remplies de liquide purulent très fétide; l'une de ces cavités s'était certainement ouverte récemment dans les bronches.

L'examen histologique d'un fragment de la tumeur pulmonaire montra (Docteur Devuns) qu'on avait bien affaire à un cancer, sans qu'il soit possible de déterminer avec certitude son point de départ. Les alvéoles dont les parois étaient curieusement comme dépouillées de leur endothélium propre contenaient de nombreuses cellules isolées fortement acidophiles, à noyau rond central occupant le tiers environ du diamètre de la cellule. Quelques-unes de ces cellules pouvaient être des cellules à poussière normales, mais la plupart paraissaient être des cellules néoplasiques. Dans une série d'alvéoles sous-jacents à la plèvre qui était épaissie, de telles

cellules formaient un revêtement continu à la partie interne des alvéoles, montrant ainsi leur caractère néoplasique.

4° L'évolution médiastinale du cancer peut se faire vers la partie postérieure et *comprimer l'œsophage*. Le diagnostic est alors à faire avec toutes les causes de sténose œsophagienne (rétrécissement et cancer). Dans l'observation XXXIII, la dysphagie était telle qu'on proposa une gastrostomie à la malade, qui refusa. Les signes d'inanition se surajoutent alors à ceux de la cachexie cancéreuse pour hâter la fin des malades. Il semble bien qu'on puisse parler « de forme dysphagique du cancer du poumon » et un pareil tableau clinique n'est pas de nature à simplifier le diagnostic.

OBSERVATION XXXIII

Signes cliniques de sténose œsophagienne; hémoptysies, pleurésie symptomatique, avec liquide louche et hématique guérie par quatre ponctions successives. Découverte radiologique d'une masse volumineuse sur le bord gauche du cœur, empiétant largement sur le champ pulmonaire. Diagnostic clinique: tumeur du médiastin propagée au poumon gauche et compression œsophagienne.

Maz... Antoinette, 45 ans.

La malade est envoyée dans le service de tuberculeuses pour des hémoptysies; elle était hospitalisée dans celui du Docteur Moreau, pour des troubles de la déglutition; au moment de pratiquer une œsophagoscopie, la malade ayant craché du sang, le Docteur Moreau, pensant qu'elle était peut-être bacillaire, demande qu'il soit fait un examen complet.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, assez forte, mais qui s'est amaigrie très rapidement depuis quelques semaines et qui a perdu plus de 10 kilos. Sa température est constamment haute, entre 38° et 39°; elle raconte une histoire de pleurésie

qui fut ponctionnée chez elle, par le Docteur Devin, de Terrenoire, et qui, en 4 ponctions, permit d'évacuer environ deux litres de liquide: ce liquide était très louche et à la dernière ponction, fortement hématique. C'est quelque temps après que la dysphagie a fait son apparition; elle est devenue rapidement assez importante pour que la malade ne puisse déglutir que des liquides, encore l'ingestion de ceux-ci est-elle fort douloureuse.

L'examen clinique révèle surtout une grosse matité de la base gauche, siège de la pleurésie signalée; cette matité tourne en avant et dans toute son étendue l'obscurité respiratoire est complète: une ponction exploratrice est faite, mais reste négative, l'aiguille pénétrant dans un bloc dense très résistant.

L'examen radioscopique montre une énorme masse opaque au-dessus et en dehors du bord gauche du cœur; toute la base est sombre et le sinus très obscur; les contours du cœur sont, du fait de cette masse, complètement invisibles; l'espace clair postérieur est entièrement obscuré dans sa moitié inférieure.

Ni par l'examen clinique ni par la radioscopie, on ne peut déceler de lésions bacillaires; l'analyse des crachats est restée négative.

Les anamnestiques et les données de l'examen ont fait conclure à l'existence d'une tumeur du médiastin, propagée au poumon gauche, ayant déterminé les hémoptysies signalées, et s'étant auparavant accompagnée d'une pleurésie symptomatique; la compression actuelle de l'œsophage, que l'exploration au bismuth montre entièrement obstrué à la hauteur des oreillettes paraît en rapport direct avec le développement de cette tumeur.

L'état ne cessant de s'aggraver, la dysphagie étant de plus en plus pénible, la malade est montrée à un chirurgien en vue d'une gastrostomie, mais elle refuse l'intervention et quitte immédiatement l'hôpital; on a su qu'elle avait succombé chez elle, quelques semaines plus tard, dans une inanition absolue.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement du cancer du poumon est encore à trouver. Les espoirs fondés sur la Röntgenthérapie n'ont pas été réalisés. Cependant, Rolland a rapporté un cas où les Rayons X amenèrent en deux semaines la rétrocession d'une tumeur primitive du poumon, mais une cachexie rapide survint quand même et aboutit à la mort après cette guérison apparente. Ameuille et Taquet, dans les Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, ont rapporté l'observation d'un enfant de 12 ans, atteint d'une tumeur pleuro-pulmonaire, qui rétrocéda partiellement après 12 séances de radiothérapie (deux unités). Ces cas représentent l'exception. Personnellement nous n'avons obtenu aucune amélioration par la radiothérapie et, en dehors des sarcômes relativement radiosensibles, la Röntgenthérapie ne donne rien dans les épithéliomas primitifs du poumon.

La curiethérapie pourra être essayée contre certains cancers bronchiques.

Le traitement chirurgical constitue une thérapeutique d'exception. Cependant certains cancers bronchiques, végétants ont pu être enlevés par voie bronchoscopique (cas de Kahler).

La lobectomie aurait donné quelques résultats entre les mains de certains auteurs. Leinhartz extirpa une tumeur du poumon qui n'avait pas récidivé deux ans après et Jivi Divis fit l'ablation d'un sarcome fuso-cellulaire du lobe inférieur droit du volume d'une pomme chez un malade opéré antérieurement pour différentes métastases cancéreuses. La radioscopie montra une guérison presque complète 3 mois après.

Ces cas heureux ne doivent pas nous faire oublier notre impuissance dans la plupart des cas. Le traitement symptomatique est actuellement le seul refuge du médecin en face d'un cancer pleuro-pulmonaire.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence actuellement constatée du cancer du poumon doit lui assurer une place de plus en plus grande dans la séméiologie des affections de l'appareil respiratoire.

II. — Son diagnostic pour malaisé qu'il soit bien souvent en raison de la très grande variabilité de ses manifestations, peut généralement s'appuyer sur une série de données dont l'importance doit être soulignée.

1. Dans les anamnestiques, la notion de l'âge (malgré quelques exceptions), l'absence de signes antérieurs d'une pneumopathie chronique, l'existence d'un autre néoplasme antérieurement reconnu, et parfois opéré sans l'avoir été formellement, retiendront d'abord l'attention.

2. Pour ce qui concerne les troubles fonctionnels et généraux, si l'amaigrissement, du reste souvent tardif, la toux, l'expectoration, et les hémoptysies n'ont rien de caractéristique et prêtent généralement confusion avec la tuberculose, il faut attacher davantage d'importance aux *douleurs thoraciques* dont la

fixité et l'intensité croissante peuvent acquérir une valeur symptomatique véritable.

3. Du point de vue des signes physiques, l'importance exceptionnelle de la matité qui atteint un degré qu'on ne rencontre nulle part, associé à des signes de condensation parenchymateuse, constatés d'un seul côté, l'autre étant normal, doivent suffire à aiguiller le diagnostic vers l'hypothèse du cancer.

4. Les données radiologiques, très diverses, offrent *généralement* comme point commun l'unilatéralité de la lésion reconnue, la densité extrême de son ombre et ses contours très francs.

5. Le laboratoire peut venir en aide au clinicien de plusieurs manières :

A) En montrant perpétuellement l'absence de bacilles de Kock dans l'expectoration : élément d'une valeur négative sans doute, mais qui confirme l'importance bien connue de la présence du bacille dans le cours de la tuberculose.

B) Par l'examen histologique de fragments de la tumeur rejetés dans l'expectoration. (L'examen de frottis faits au moyen de parcelles prélevées dans le canal de l'aiguille lors d'une ponction exploratrice nous paraît d'un moins grand intérêt, comme la recherche des cellules cancéreuses dans les crachats).

C) Par la cytologie du liquide pleural, séreux ou hémorragique, qui a plus d'une fois orienté le diagnostic dans la bonne direction *avant tout autre donnée clinique*.

6. L'existence de signes de compression est certainement dans l'étude clinique le fait de la plus haute valeur à retenir, à tel point que leur constatation dans le cours d'une pneumopathie fait presque à elle seule le diagnostic de sa nature.

III. — La lecture d'un certain nombre d'observations de cancer du poumon permet de décrire une série de formes cliniques constituant autant de groupes symptomatiques dont la distinction quoiqu'un peu artificielle, ne peut qu'aider à la reconnaissance de l'affection. C'est ainsi qu'il nous a paru possible de distinguer :

1. Des formes individualisées par la prédominance de symptômes fonctionnels ou généraux.

A) Une forme pseudo-tuberculeuse, la confusion avec la tuberculose étant d'ailleurs classique et fréquente.

B) Une forme de suppuration bronchique, où l'abondance de l'expectoration purulente et parfois même des vomiques est le fait prédominant.

C) Une forme douloureuse.

D) Une forme accompagnée de manifestations cliniques dramatiques et notamment de dyspnée, évoquant l'idée d'une pneumopathie aiguë, soit du fait de la multiplicité des noyaux de généralisation pulmonaire, soit de complications pleurales et d'épanchements rapidement récidivants.

2. Des formes caractérisées par l'aspect radiologique du néoplasme.

A) Une forme massive avec opacité totale de tout un hémithorax rappelant l'aspect de la pneumonie caséeuse ou d'un grand épanchement pleural.

B) Une forme lobaire, qu'il s'agisse du lobe supérieur (image de la lobite tuberculeuse classique) ou du lobe inférieur, avec la limitation franche de l'ombre par la scissure interlobaire voisine.

C) Une forme où le néoplasme apparaît avec l'aspect d'une masse opaque à contours francs tranchant sur la transparence du champ pulmonaire et pouvant prêter à confusion avec un kyste ou une ectasie.

D) Une forme cavitaire avec image hydro-aérique classique en tous points semblable aux cavernes tuberculeuses de grande dimension, aux abcès gangréneux, ou même à certaines cavités de pleurésie enkystée.

E) Une forme médiastino-pleuro-pulmonaire avec propagation dans le champ pulmonaire voisin de noyaux néoplasiques à partir d'une tumeur médiastine primitive suivant le type individualisé par M. Barjon.

F) Une forme à petits noyaux multiples infiltrant la plus grande partie du parenchyme des deux poumons qui en paraissent littéralement farcis.

3. Des formes où l'évolution s'accompagne de phénomènes de compression, et qui sont eux-mêmes directement en rapport avec la situation du néoplasme et la direction prise par son extension.

A) Compression du récurrent gauche dans les tumeurs intéressant primitivement ou secondaire-

ment le lobe supérieur gauche, et qui, avant la phase de symptomatologie pulmonaire, fait rechercher l'ectasie aortique ou la tumeur du médiastin.

B) Compression de la veine-cave supérieure avec œdème en pèlerine pour les localisations du lobe supérieur droit.

C) Compression de la trachée ou des bronches, avec toux de compression, tirage, cornage, ou syndrome d'obstruction bronchique.

D) Compression de l'œsophage, d'ailleurs plus rare.

E) Enfin compressions du pneumogastrique, du phrénique ou du sympathique plus rares que les précédentes.

IV. — L'évolution est entrecoupée d'incidents cliniques variés et hâtée parfois par des complications pleuro-pulmonaires, médiastinales et métastatiques qui peuvent exceptionnellement être responsables de la mort brusque de ces malades.

Sa durée est variable : de quelques semaines à 3 ans (cas extrêmes de la littérature médicale). Elle varie habituellement de 4 à 12 mois.

V. Le traitement est purement symptomatique : soutenir l'état général et calmer l'acuité des symptômes fonctionnels.

La Roëntgentherapie et la Curietherapie n'ont pas donné de résultats bien encourageants pouvant même, dans certains cas, favoriser l'esseimage de la tumeur.

La Roëntgentherapie prudente cependant pourrait,

d'après certains auteurs, donner des améliorations dans les cancers à point de départ médiastinal. Les résultats sont nuls dans le cancer primitif du poumon.

Le traitement chirurgical (lobectomie) est une chirurgie d'exception et d'avant-garde. Il reste en réalité à trouver ou à perfectionner.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	SAVY.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Octobre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — Cancer pulmonaire à forme d'abcès. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1923, page 1317.
- ASKANAZY. — Chorio-épithélioma primitif du poumon. *Presse Médicale*, 4 mars 1908, p. 149.
- BALLET. — Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon. *Thèse de Lyon*, 1910-1911.
- BARBIER et JEANIN. — Néoplasme pleural, probablement primitif à épanchement tardivement hémorragique. *Lyon Médical*, 1926, p. 189.
- BÉHIER. — Cancer du poumon et du médiastin. *Gazette des Hôpitaux*, 1867.
- Leur clinique sur le cancer primitif du poumon. *Gazette des Hôpitaux*, 1869.
- BOCAGE. — Les tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive. *Thèse*, Paris, 1905.
- BERNARD (Georges). — Le sarcome primitif du poumon et sa généralisation cardiaque. *Thèse de Paris*, 1925.
- BERTHIER et GIRAUD. — Cancer pulmonaire primitif. *Presse Médicale*, novembre 1923, p. 1080.
- BLOCH. — Les cancers malins primitifs de la plèvre. *Thèse de Paris*, 1904-1905.
- BONNAMOUR. — Cancer primitif à forme pseudo-pleurétique chez une vieille femme de 80 ans. *Presse Médicale*, 1921, p. 79.
- BONNAMOUR et CARNET. — Cancer du poumon à globes cornés. *Lyon Médical*, 1923, p. 506.
- BOURCY. — Cancer du poumon. *Semaine Médicale*, 1^{er} décembre 1893, p. 550.
- BOUCHUT et BARBIER. — Cancer primitif du poumon à forme cavaire. *Bulletin Médical*, 4 décembre 1923, p. 1066.

- BROC. — Sarcome primitif du poumon. *Presse Médicale*, 1^{er} février 1905, p. 71.
- BROUSSOLLE (J.). — Lymphosarcome médiastino-pulmonaire. *Thèse*, Lyon, 1924.
- CADE et PALASSE. — Cancer du hile du poumon gauche: cancer primitif probable de la bronche gauche. *Presse Médicale*, 17 juillet 1907, p. 478.
- CADE et BONAFÉ. — Cancer du poumon à forme hilare. *Presse Médicale*, juillet 1922.
- CONTAMIN et PEZZESI. — *La Riforma Medica*, 1^{er} mars 1926, n° 9, p. 195. Etude sur l'antagonisme entre la tuberculose et le cancer.
- CHAUVAIN. — Type pseudo-pleurétique du cancer du poumon. *Thèse*, Paris, 1896-1897.
- COLLET. — Du cancer primitif de la plèvre. *Thèse* de Lyon, 1913.
- COLLIN. — Carcinose aiguë pleuro-pulmonaire. *Presse Médicale*, janvier 1921.
- CORDIER. — VI^e Congrès national de la Tuberculose. *Compte rendu du Rapport de la Revue de la Tuberculose*, avril 1927, p. 275.
- COTTIN, Mlle CRAMER (A.) et SALOZ (Mc.). — Du diagnostic des cancers primitifs du poumon: étude clinique sur 29 cas.
- COURCOUSE. — Cancer secondaire du poumon et de la plèvre. *Presse Médicale*, février 1921.
- COYON. — Sarcome du poumon. *Presse Médicale*, 8 juillet 1908, p. 436.
- COYON et CANET. — Epithélioma primitif du poumon et pneumoconiose localisée à un osmet. *Bulletins de la Société Médicale des Hôp. de Paris*, 16 juin 1922.
- DECUTRON. — Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon. *Thèse*, Paris, 1909-1910.
- DEMOLE. — Le carcinome papillaire primitif de la plèvre.
- DIEULAFOY. — Traité de pathologie médicale.
— Les pachypleurites et les pleurésies intarissables. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 1910.
- DURAND (H.). — Les épithéliomas primitifs du poumon. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome I, N° 3, année 1926, page 265.

- EDITORIAL. — Augmentation récente du cancer du poumon.
J. A. M. A., 13 février 1926, pages 486 et 487.
- FARGUES. — Carcinose secondaire aiguë à forme lymphangitique. *Thèse de Paris*, 1924.
- FAVRE. — Pachybronchite. *Lyon Médical*, 1925.
- FERRAND. — Sur un cas de sarcome primitif du poumon.
Soc. Méd. des Hôp., 1^{er} décembre 1893.
- FISHBERG (M). — Diagnostic des néoplasmes pulmonaires.
Arch. of int Med., juin 1926, p. 745-773.
- GOUGEROT. — Cancer primitif du poumon. *Presse Médicale*,
12 avril 1905, page 550.
- GRAVIER et BERNHEIM. — Cancer bilatéral des surrénales avec
généralisation médiastinale et syphilis pulmonaire
concomitante. *Lyon Médical*, 1924, page 223.
- HALOW. — Sarcome pleuro-pulmonaire. *Presse Médicale*,
27 juillet 1910, p. 583.
- HANDFORD. — Du carcimome des bronches et du poumon.
Semaine Médicale, 11 février 1889, p. 55.
- HIRSCHOWITZ. — Tuberculose et ses relations avec le néo-
plasme. *Zeitsch f. Tuberk*, vol. AT, 5 janvier 1922,
page 327.
- JACCOUD. — *Clinique Médicale de la Charité*, Paris 1887.
— *Clinique Médicale de Lariboisière*, 2^{me} édition,
p. 454.
— *Traité de pathologie interne*, tome II, pp. 576 à 580.
- JIRI DIVIS. — Contribution au traitement opératoire des tu-
meurs du poumon. *Casopis ækainleskych*, N° 51,
10 décembre 1926.
- Journal of the American Medical Association*. The recent
in crease in pulmonary cancer, 13 février 1926.
- KIERER (Mlle). — Pleurésie non hémorragique dans le cancer
pleuro-pulmonaire. *Thèse de Paris*, 1898-1899.
- KRAMPF. — Cancer du poumon simulant un abcès. *Deutsch
Zeitsch chir.*, décembre 1925, CXIV, pp. 128-133.
- LONGY. — Les images radiologiques du cancer pleuro-pul-
Thèse de Lyon, 1920.
- MENETRIER. — Article « Cancer » du *Tratté de médecine de
Brouardel-Jilbert-Carnot*. Baillière, Paris, 1908.
— Cancer de la plèvre. (Même *Traité*).
- MIGNOT René. — Le cancer primitif du poumon. *Etude cli-
nique et radiologique*, tome I, N° 3, année 1926, p. 243.

- MONTÈGUE Marius. — La pachypleurite cancéreuse massive. *Thèse de Lyon*, 1926.
- MOUTARD-MARTIN. — Les pleurésies hémorragiques. *Thèse de Paris*, 1878.
- MONROÉ (H). — Primarycarcinome of the lung. *American Journal*, vol. CLXX, N° 1, juillet 1925, p. 102.
- PALLASSE et DESPEIGNES. — Cancer pulmonaire et tuberculose. *Presse Médicale*, juin 1923, p. 634.
- PALLASSE et DESPEIGNES. — Pleurésie cancéreuse consécutive à un double néoplasme des seins. *Bulletin Médical*, juin 1923.
- PALLASSE et ROUBIER. — Les tumeurs primitives de la plèvre. *Annales de Médecine*, tome III, 1916, pp. 243-268.
- PERDREAU. — Contribution à l'étude clinique du cancer pleuro-pulmonaire. *Thèse de Paris*, 1926.
- PIETER. — Cancer primitif. Quelques considérations sur les néoplasies pulmonaires en général.
- KRETZ. — Tumeur dermoïde du poumon. *Semaine Médicale*, 24 juin 1893, p. 326.
- LABBÉ (M.) et BOIDIN (L.). — Carcinome alvéolaire kystique du poumon et du cervelet. *Presse Médicale*, 4 novembre 1903, p. 772.
- LABORDE (Mme). — *JoJournal de Radiologie et d'Electrologie*, t. VIII, N° 7, juillet 1924.
- LEMONNIER. — La pleurésie hémomogique cancéreuse. *Thèse de Paris*, 1902-1903.
- LENHARTZ (de Hambourg). — Diagnostic précoce du cancer du poumon. *Presse Médicale*, 10 avril 1907, p. 229.
- LESIEUR, SAVY et MAZEL. — Tumeur maligne primitive de la plèvre. *Arch. de Méd., Exp.* 1913, p. 392-402.
- LETULLE et JACQUELIN. — Cancer primitif du poumon. *Société anatomique*, 1903.
- LÆPPER, JOLY et TIMONET (J.). — Pleurésie cancéreuse. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, février 1923.
- LÆPPER et TURPIN. — La forme embolique massive de la carcinomatose secondaire aiguë du poumon. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome I, N° 5, Année 1926, p. 395.

RAMOND. — Formes cliniques et diagnostic du cancer du poumon. *Journal des Praticiens*, 1921.

— Conférences de clinique médicale pratique 1^{re} série 1924.

RENAUD (M). — Cancer du poumon chez un sujet jeune à évolution silencieuse brutalement terminée par compression de la veine cave supérieure. *Paris Médical*, 25 décembre 1920.

RONDEAU. — Contribution à l'étude clinique des cancers primitifs du poumon et des plèvres. *Presse Médicale*, 5 septembre 1903, p. 635.

ROTHMANN. — Carcinome du poumon avec compression de la veine cave supérieure. *Semaine Médicale*, 20 janvier 1893, p. 99.

ROUBIER (Ch.). — Le lymphosarcome médiastino-pulmonaire. Etude anatomo-clinique et radiologique (*Revue de Médecine*, 1925, n° 7).

ROUBIER et VALLERY. — Cancer médiastino-pulmonaire. *Lyon Médical*, 13 juin 1926.

SAVY. — Précis de pratique médicale (collection Testut).

SOUQUES et KAUFFMANN. — Cancer du poumon et du médiastin antérieur. *Presse Médicale*, 4 novembre 1903, p. 772.

STOKES. — Diagnostic du cancer du poumon. *Dublin Journal*, 1842. Traduction par H. Roger, Archives générales de médecine, 1842.

TUFFIER et AUBOURG. — Tumeurs du poumon diagnostiquées par les Rayons X. *Presse Médicale*, 10 mars 1909.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
Introduction	11
Chapitre premier. — Considérations générales..	15
Chapitre II. — Symptomatologie générale et diagnostic positif	17
Chapitre III. — Evolution, Complications et Incidents	45
Chapitre IV. — Formes cliniques et diagnostic différentiel	51
Chapitre V. — Traitement	131
Conclusions	133
Bibliographie	139
